RAPPORT ANNUEL

2007-2008

de gestion

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

Ententes de gestion
et d'imputabilité

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2007-2008

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration

du 25 septembre 2008

Édition produite par :
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction des affaires corporatives et des communications

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, tant que la source est mentionnée.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :
Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : 418 525-1500, poste 250
Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté dans la section « Documentation » du site Internet de l'Agence, à l'adresse **www.rrsss03.gouv.qc.ca**.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Santécom
Assemblée nationale, 2008

ISBN : 978-2-89616-042-6 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-043-3 (version PDF)

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE

L'année 2007-2008 a été marquée par le développement de nouveaux projets et la consolidation de l'offre de service, notamment en services médicaux de première ligne. La région de la Capitale-Nationale a misé sur le développement de l'accès aux services comme priorité d'action et a investi des efforts dans des créneaux innovateurs.

Une première ligne consolidée

Au cours de la dernière année, la région a poursuivi le déploiement des services médicaux de première ligne sur son territoire. Deux éléments sont au cœur de cette stratégie, soit les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau. Actuellement, la région compte 19 GMF en service avec plus de 200 000 personnes inscrites. Une nouvelle clinique-réseau a vu le jour depuis. Le bilan d'opération des trois premières mises en service, à la fin de la précédente année financière, aura permis de conclure que les cliniques-réseau sont maintenant un maillon fort de la chaîne de première ligne, leur consolidation et leur développement contribueront de plus en plus à alléger le fardeau des urgences de nos grands centres hospitaliers.

Neuf autres GMF et trois nouvelles cliniques-réseau sont actuellement en chantier. À terme, la région comptera 28 GMF et 8 cliniques-réseau.

La mise en place d'un projet pilote visant la présence d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance, formée d'infirmières du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), a été marquante. Cette équipe avait pour objectif d'assurer le dépistage sur le terrain et une meilleure prise en charge des clientèles présentant des problèmes de dépendance et de santé mentale. Les résultats de cette expérience clinique ont été concluants : l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a attribué les budgets nécessaires pour rendre permanente l'équipe du CRUV à l'urgence du CHUL et ajouter une deuxième équipe à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. D'ailleurs, le modèle développé par le CRUV est cité en exemple et sera répliqué, ailleurs dans la province, au cours des prochains mois.

Les efforts se sont poursuivis pour endiguer les débordements dans les salles d'urgence de la région. À ce chapitre, plusieurs mesures ont été mises en place : lits d'hébergement transitoires, achat de places en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé et en milieu privé non institutionnel, prise en charge précoce aux urgences de personnes âgées vulnérables et accroissement des efforts en maintien à domicile. Ces mesures, combinées à d'autres, ont donné des résultats positifs à plusieurs égards, notamment une réduction de la durée moyenne de séjour à l'urgence.

Il y a également eu la mise en place du mécanisme d'accès à la chirurgie qui garantit aux patients un délai maximum pour subir une chirurgie. À cet égard, notre production pour les chirurgies ciblées atteint les cibles dans la majorité des cas. De plus, le nombre de patients hors délai a continué à diminuer pour plusieurs types d'interventions chirurgicales. Les résultats les plus spectaculaires ont été enregistrés pour l'opération de la cataracte : au nouveau Centre universitaire de l'œil situé à l'Hôpital du Saint-Sacrement, plus de 80 % des patients sont maintenant opérés en moins de trois mois. Au cours de l'année, les établissements de la région ont effectué, par rapport à l'année de référence 2002-2003, 134 opérations supplémentaires de la hanche, soit 548 au total, 357 opérations du genou de plus, pour un total de 792, et 2 078 opérations supplémentaires de la cataracte, pour un total de 7 907.

Finalement, au chapitre de la performance, plusieurs autres secteurs d'activité du réseau ont amélioré l'accès à leurs services. Pensons notamment aux secteurs de la déficience physique, de la déficience intellectuelle et de la jeunesse qui présentent tous une amélioration à l'accès. Davantage de personnes ont reçu des services et, dans plusieurs cas, dans des délais encore plus courts. La mise en place du nouveau département unifié de psychiatrie, sous la responsabilité du Centre hospitalier Robert-Giffard, et l'implantation complète des guichets en santé mentale sont deux mesures structurantes qui permettent déjà de constater une utilisation plus judicieuse des services spécialisés et une amélioration de l'accès aux services de proximité.

Québec, région pilote

Dans la foulée des recommandations du Rapport Castonguay, la région de la Capitale-Nationale a été désignée comme région pilote pour l'expérimentation du modèle de décentralisation administrative et de région autonome. À cet égard, les trois agences désignées (Estrie, Saguenay – Lac-Saint-Jean et Capitale-Nationale), de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, ont entrepris des travaux pour déterminer les modalités de cette expérience pilote dont les premiers effets se feront sentir au cours de la prochaine année financière.

Par ailleurs, en mai 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec annonçait la désignation de la Capitale-Nationale comme région pilote pour expérimenter le nouveau Dossier de santé du Québec (DSQ). Depuis cette annonce, plusieurs étapes préparatoires ont été franchies par l'équipe régionale de projet afin de mener cette expérience pilote. Le projet se déroulera en deux phases : une première, appelée rodage, débutera en mai 2008 et impliquera une vingtaine de professionnels et plus de 2 500 patients; la deuxième phase, appelée pilotage, suivra à l'automne 2008.

D'autre part, la dernière année d'activités aura permis de poursuivre les travaux sur plusieurs grands chantiers immobiliers : l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, le nouveau Centre d'hébergement Saint-Charles à Limoilou, le nouveau Centre d'hébergement du Boisé ltée (anciennement Centre hospitalier Saint-Sacrement ltée), la rénovation progressive des unités de soins du Centre hospitalier Robert-Giffard, l'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement, la deuxième phase du Centre universitaire de l'œil et la Maison de naissance.

Le 1er février 2007, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées entrait en vigueur. Pour officialiser le démarrage du processus de certification, l'Agence a amorcé, en juin 2007, le processus de certification auprès des 205 résidences privées de son territoire.

En santé publique, nous avons enregistré plusieurs réalisations en surveillance et contrôle des infections nosocomiales, en mobilisation régionale et locale pour le programme 0-5-30 ainsi qu'en prévention des chûtes chez les personnes âgées.

Des défis de main-d'œuvre

De façon globale, la région de la Capitale-Nationale présente un bilan fort positif pour la dernière année d'activités. Cependant, des défis importants demeurent au cœur de nos préoccupations. Pour un, l'enjeu de la main-d'œuvre est plus que jamais présent, nous faisons toujours face à une pénurie de ressources dans plusieurs métiers de la santé. Notre projet de planification régionale de la main-d'œuvre, mené conjointement avec le réseau de l'éducation, prend forme. Dès les prochains mois, ce projet novateur misera sur de nouvelles mesures permettant de mieux faire face à ce défi, notamment en termes de promotion des métiers de la santé et du développement du lien formation-emploi.

Nous avons encore des efforts à consacrer aux défis de l'accès aux services et de la continuité. Seul un réseau d'établissements parfaitement intégrés, travaillant en étroite collaboration, pourra relever ces défis. L'ensemble des 33 000 employés du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale sont les gardiens de cette façon de faire et il nous appartient, collectivement, de la concrétiser au quotidien.

Bonne lecture à tous!

Jean-Marie Bouchard
Président

Michel Fontaine
Président-directeur général

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Michel Fontaine
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

Page

1 PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

1.1 Mission 15
1.2 Plan d'organisation 16
1.3 Conseil d'administration 17
1.4 Établissements publics et privés conventionnés 18
1.5 Établissements offrant des services suprarégionaux 18
1.6 Établissements ayant une mission régionale 18
1.7 Centres hospitaliers universitaires et instituts 18
1.8 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 19
1.9 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 19
1.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale 19
1.11 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 20
1.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale 20
1.13 Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale 21
1.14 Effectifs 22
1.15 Politique relative au harcèlement psychologique au travail 22
1.16 Programme d'aide aux employés 23

2 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

2.1 Personnel du réseau et du Ministère 27
2.2 Lutte aux infections 29
2.3 Santé publique 31
2.4 Services généraux – activités cliniques et d'aide 32
2.5 Perte d'autonomie liée au vieillissement – services dans le milieu de vie 33
2.6 Déficience physique 35
2.7 Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement 37
2.8 Jeunes en difficulté 40
2.9 Dépendances 43
2.10 Santé mentale 44
2.11 Santé physique 49
2.12 Programmes-soutien 56
2.13 Addenda à l'entente de gestion 57
2.14 Annexe à l'entente de gestion : Les cibles régionales de santé publique 67

3 AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE

3.1 Mise en œuvre des projets cliniques 75
3.2 Rapport 0 - 5 ans 75
3.3 Plan d'action régional en sécurité alimentaire 2008-2012 76
3.4 Allaitement 76
3.5 Rabaska 77
3.6 0 – 5 – 30 Combinaison prévention 77
3.7 Infections nosocomiales – Enquête de la Direction de santé publique à l'Hôpital Saint-François d'Assise 77
3.8 Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Nouveau centre de dépistage 78

TABLE DES MATIÈRES (suite)

Page

3.9 Portrait des environnements alimentaires des sites sportifs, récréatifs et culturels municipaux de la ville de Québec 78
3.10 Comité de pilotage – Agrément des agences 78
3.11 Processus de certification des résidences pour personnes âgées 79
3.12 Bilan du Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 79
3.13 Bilan général du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en longue durée 80
3.14 Services préhospitaliers d'urgence 81
3.15 Sécurité civile sociosanitaire 82
3.16 Services à la clientèle 83
3.17 Plaintes 83
3.18 Réorganisation des laboratoires 84
3.19 Circuit du médicament 85
3.20 Complémentarité des services médicaux spécialisés 85
3.21 Services médicaux de première ligne 86
3.22 Dossier de santé du Québec 86
3.23 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre 87
3.24 Technocentre régional 87
3.25 Plan régional d'informatisation 88
3.26 Espace des citoyens/Santé et bien-être (Québec) 89

4 DONNÉES FINANCIÈRES
4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence 93
4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements 93
4.1.2 Ressources financières – réseau 96
4.1.3 Subventions aux organismes communautaires 102
4.2 Rapport de la direction 104
4.3 Rapport du vérificateur général et états financiers condensés de l'Agence 105
4.3.1 Rapport du vérificateur général sur les états financiers condensés 105
4.3.2 Fonds d'exploitation - résultats 106
4.3.3 Fonds des activités régionalisées - résultats 107
4.3.4 Fonds combinés – solde de fonds au 31 mars 2008 108
4.3.5 Fonds combinés – solde de fonds au 31 mars 2007 109
4.3.6 Fonds combinés – bilan 110
4.3.7 Fonds d'immobilisations – bilan 111
4.3.8 Fonds affectés cumulés – bilan 112
4.3.9 Fonds affectés cumulés – solde de fonds 113
4.3.10 Fonds des immobilisations – analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds 114
4.3.11 Fonds des équipements – analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds 115
4.3.12 Fonds des services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements – analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds. 116
4.3.13 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 117
4.4 Notes aux états financiers 118

5 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, PARTENAIRES, GESTIONNAIRES ET EMPLOYÉS 127

TABLE DES MATIÈRES (suite)

Page

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 137
Annexe 2 : Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 139
Annexe 3 : Liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale 140
Annexe 4 : Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 141
Annexe 5 : Liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale 142
Annexe 6 : Liste des membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale 143
Annexe 7 : Liste des cliniques-réseau 144
Annexe 8 : Liste des groupes de médecine de famille 144
Annexe 9 : Services Info-Santé CLSC – Nombre d'appels traités sur l'ensemble du territoire 145
Annexe 10 : Plan d'effectifs médicaux en spécialités 146
Annexe 11 : Plan d'effectifs médicaux en omnipratique 148
Annexe 12 : Liste des services de premiers répondants de la région de la Capitale-Nationale 148
Annexe 13 : Transports ambulanciers effectués dans la région de la Capitale-Nationale 149
Annexe 14 : Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux Édition 2007-2008 149
Annexe 15 : Programme de soutien aux organismes communautaires 150

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ABA	:	Approche behavioriale appliquée
AERDPQ	:	Association des établissements de réadaptation en déficience physique
AMP	:	Activités médicales particulières
AVC	:	Accident vasculaire cérébral
BAPE	:	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CAT	:	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC	:	Centre de communication santé des Capitales
CCVT	:	Chirurgie cardiaque vasculaire et thoracique
CDD	:	Centre de dépistage désigné
CH	:	Centre hospitalier
CHA	:	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHRG	:	Centre hospitalier Robert-Giffard
CHSGS	:	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	:	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL	:	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ	:	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIR	:	Commission infirmière régionale
CJQ	:	Centre jeunesse de Québec
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CMD	:	Catégorie majeure de diagnostic
CMuR	:	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	:	Centre de la petite enfance
CRDIQ	:	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CRLA	:	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
CRSP	:	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CRUV	:	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSSS	:	Centre de santé et de services sociaux
CTAQ	:	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
CUO	:	Centre universitaire d'ophtalmologie
DEA	:	Défibrillateur externe automatisé
DI	:	Déficience intellectuelle
DMS	:	Durée moyenne de séjour
DP	:	Déficience physique
DRMG	:	Département régional de médecine générale
DRRC	:	Dépôt régional de résultats cliniques
DSP	:	Direction de santé publique
DSQ	:	Dossier de santé du Québec
EESSAD	:	Entreprises d'économie sociale de soutien à domicile
FMSQ	:	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GFR	:	Gestion des fonds régionalisés
GMF	:	Groupe de médecine de famille
HDQ	:	Hôtel-Dieu de Québec
HEJ	:	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HPS	:	Heures de prestation de services
HSFA	:	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS	:	Hôpital Saint-Sacrement
IAIC	:	Infrastructure d'accès à l'information clinique régionale
ICI	:	Intervention comportementale intensive
IPM	:	Index patient maître

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES (suite)

IPS	:	Infirmières praticiennes spécialisées
IRDPQ	:	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRIS-RUQ	:	Infostructure de recherche intégrée en santé - réseau universitaire de Québec
ITSS	:	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUSM	:	Institut universitaire en santé mentale
LPJ	:	Loi la protection de la jeunesse
LSJPA	:	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MEL	:	Modules évaluations-liaisons
MPOC	:	Maladie pulmonaire obstructive chronique
NEC	:	Note d'évolution clinique
NIU	:	Numéro d'identification unique
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PAE	:	Programme d'aide aux employés
PAJT	:	Programme accès jeunesse en toxicomanie
PALV	:	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAMTA	:	Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers
PCFI	:	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières
PECA	:	Programme d'évaluation et de coordination des admissions
PFT	:	Programme fonctionnel et technique
PQDCS	:	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRASAT	:	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident du travail
PREM	:	Plan régional d'effectifs médicaux
PTE	:	Plan triennal des équipements
PTG	:	Prothèse totale du genou
PTH	:	Prothèse totale de la hanche
RI	:	Ressources intermédiaires
RID	:	Répertoire d'imagerie diagnostic
RNI	:	Ressources non institutionnelles
RREGOP	:	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	:	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	:	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RTSS	:	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	:	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	:	Soutien à domicile
SARDM	:	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SBF-R	:	Système budgétaire financier régional
SIDEP	:	Service intégré de dépistage et de prévention
SIPPE	:	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIR	:	Système d'information radiologique
SISPUQ	:	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIU	:	Système d'information sur l'usager
SPGGR	:	Saines pratiques de gestion généralement reconnues
SRVD	:	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle
TCC	:	Traumatisme cranio-cérébral
TCR	:	Technocentre régional
TED	:	Trouble envahissant du développement
TRMS	:	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UCDG	:	Unité de courte durée gériatrique
UMF	:	Unité de médecine familiale
VHC	:	Virus de l'hépatite C
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine

1

PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

1.1 MISSION

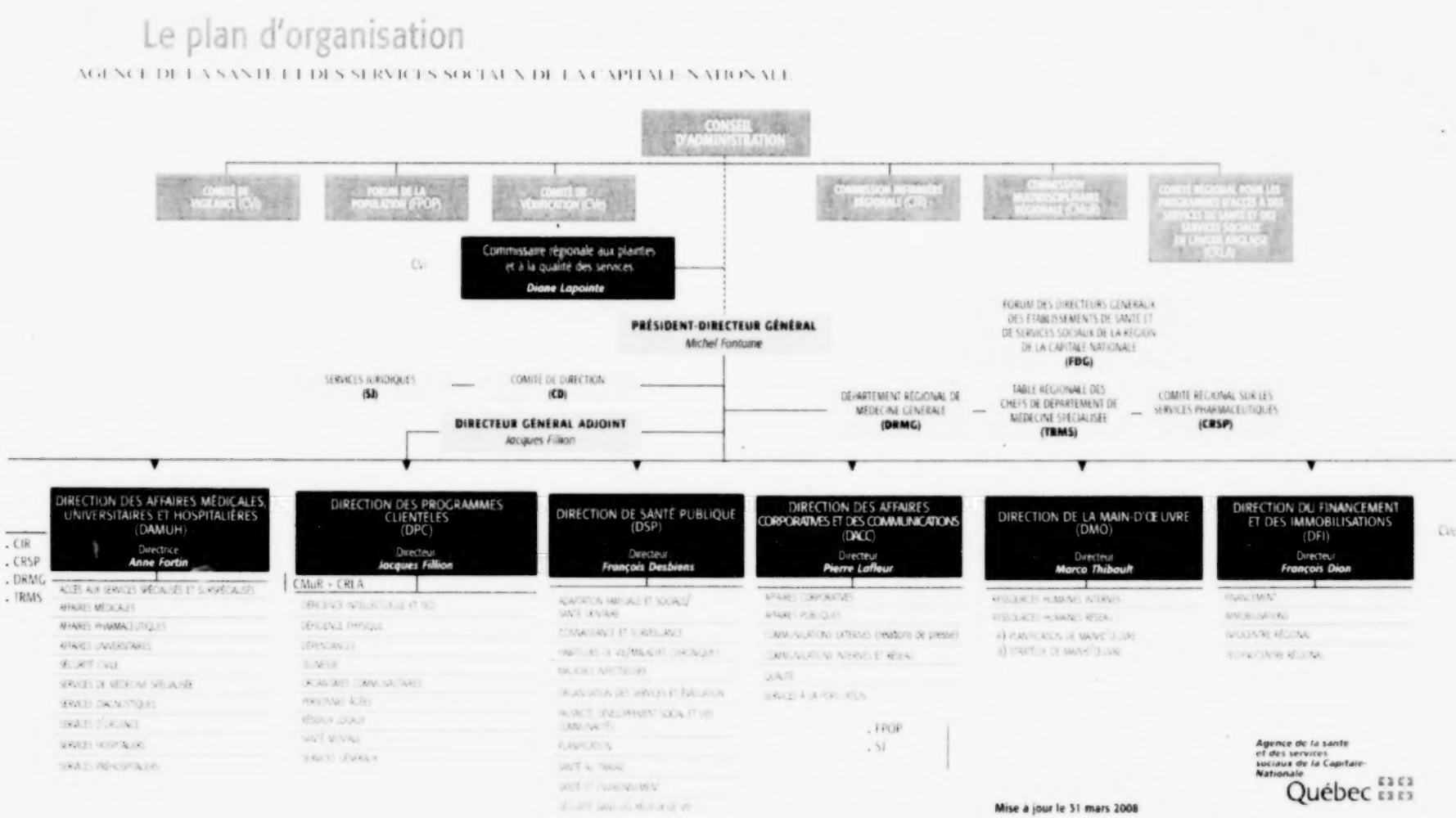
Essentiellement responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale, l'Agence a été instituée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. Elle doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence doit aussi mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes, évaluer l'état de santé et de bien-être de la population, déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire, s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau, s'assurer du respect des droits des usagers, évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale et rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

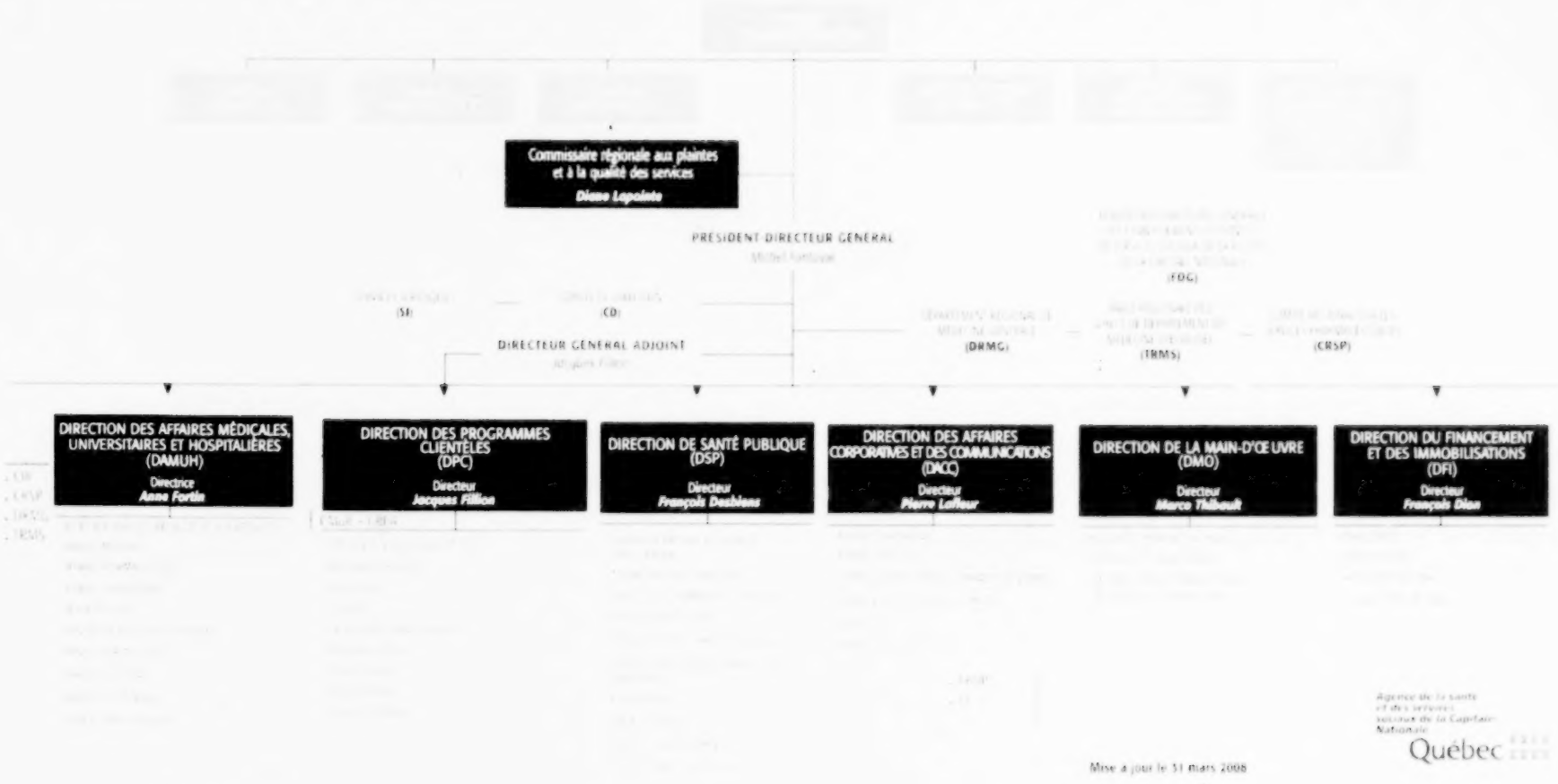
De plus, elle doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités, prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services.

L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 639 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf, qui comprend 69 municipalités et 669 316 personnes. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à 900 000 personnes. Elle doit donc coordonner les services de sa région avec ceux offerts dans les régions de l'Est.

1.2 PLAN D'ORGANISATION



1.2 PLAN D'ORGANISATION



Mise à jour le 31 mars 2008

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

1.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	
Bergevin, Ginette (vice-présidente)	Milieu communautaire Québec (Québec)
Poste à pourvoir	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Blouin, Yves	Membre coopté – Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Bouchard, Jean-Marie (président)	Compétence en gestion Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Cain, Nancy	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale Lac-Beauport (Québec)
Desrosiers, Guy	Organismes socio-économiques Beaupré (Québec)
Filteau, André	Organismes socio-économiques Cap-Santé (Portneuf)
Fontaine, Michel (secrétaire)	Président-directeur général de l'Agence Québec (Québec)
Harvey, Diane	Compétence en gestion – CSSS ou CHSLD Baie-Saint-Paul (Charlevoix)
Houde, Andrée	Comité des usagers des établissements Québec (Québec)
Michaud, Réal	Membre coopté – Compétence en gestion Québec (Québec)
Parent, Jean-François	Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Piché, Christiane	Université Laval Neuville (Portneuf)
Piedbœuf, Bruno	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Robitaille, Michel	Département régional de médecine générale Québec (Québec)
Savard, Sylvie	Milieu syndical Lévis, secteur Saint-Nicolas (Rive-Sud)
Walling, Helen	Membre coopté – Comité des usagers des établissements Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)

1.4 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		**13**
➢ Centres de santé et de services sociaux	4	
➢ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et Centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
➢ Centres de réadaptation	3	
➢ Centres d'hébergement et de soins de longue durée	1	
➢ Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	3	
➢ Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés conventionnés		**9**
Établissement privé conventionné spécifique		**1**

1.5 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES SUPRARÉGIONAUX

- Centre hospitalier universitaire de Québec
- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
- Centre hospitalier Robert-Giffard
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – Centre antipoison
- Hôpital Laval
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

1.6 ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE MISSION RÉGIONALE

- Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
- Centre jeunesse de Québec – institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement
- Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's[1]

1.7 CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET INSTITUTS

- Hôpital Laval – institut universitaire de cardiologie et de pneumologie
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : Centre hospitalier de l'Université Laval, Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec
- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) : Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement

[1] Établissement ayant une désignation pour la population de langue anglaise.

- Centre jeunesse de Québec – institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) – institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – centre *affilié* universitaire
- Centre hospitalier Robert-Giffard – Institut universitaire en santé mentale

1.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[2]

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu cinq rencontres au cours de l'année. Les principaux sujets dont elle a traité sont :

- dans un avis adressé à la Direction générale de l'Agence, la pertinence de mettre en place une table des directeurs de soins infirmiers;
- le plan thérapeutique infirmier, pour lequel un avis a été préparé;
- le développement de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne;
- l'introduction d'une pratique d'infirmière auxiliaire au bloc opératoire.

1.9 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[3]

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a suivi la mise en œuvre des projets cliniques. La Commission, par l'intermédiaire de sa représentante, a participé aux séances du conseil d'administration de l'Agence. Elle a amorcé un processus de réflexion ayant pour objectif de déterminer les sujets où l'expertise de ses membres serait mise à contribution.

1.10 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE[4]

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRMS) a tenu quatre rencontres régulières et convoqué une assemblée générale au cours de la dernière année. Outre le Plan régional des effectifs médicaux en spécialité[5], les principaux sujets abordés par la Table ont été :

- la mise en place de l'Institut en santé mentale et d'un département régional de psychiatrie;
- les ruptures de services en spécialité régionalement et dans le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS);
- la chirurgie cardiaque pédiatrique;
- la greffe de moelle osseuse;
- le transfert de la physiatrie de l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHUQ vers l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA;
- les maladies digestives;

[2] La liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 1.
[3] La liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 2.
[4] La liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est présentée à l'annexe 3.
[5] Le Plan régional des effectifs médicaux en spécialité est présenté à l'annexe 10.

- la chirurgie générale;
- le Centre universitaire de l'œil (CUO);
- la réorganisation des services en cardiologie et en pneumologie;
- la réorganisation des services en plastie;
- la réorganisation des services en otorhinolaryngologie;
- la consolidation des missions de l'Hôpital du Saint-Sacrement et le partage de spécialités entre les deux hôpitaux du CHA;
- la redéfinition des missions des différents blocs opératoires de la région;
- les plans directeurs immobiliers des établissements;
- les ruptures de services;
- la création d'un centre d'expertise sur le traitement de la douleur chronique.

1.11 COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE[6]

Les membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale (CRLA) ont concentré leurs efforts dans la préparation d'un plan d'action découlant du Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Ce plan d'action repose principalement sur trois volets, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité dans les différents programmes clientèles. De plus, l'Agence a réalisé, avec l'approbation des membres du Comité, deux projets afin d'accroître la prestation de services en langue anglaise.

1.12 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE[7]

Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale (CRSP) a été institué en 2006-2007. La particularité de ce comité est qu'il réunit des pharmaciens qui viennent du secteur privé (pharmacie communautaire) et du secteur public (pharmacie des établissements de santé).

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et de mettre en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité assume, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Depuis sa création, le Comité a tenu cinq réunions, dont quatre en 2007-2008.

[6] La liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 4.
[7] La liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 5.

Dès la deuxième rencontre, les membres ont déterminé quatre principales zones d'intérêt auxquelles seront greffés différents dossiers, soit :

- la collaboration interdisciplinaire;
- la continuité des soins et des interventions dans la trajectoire de services;
- la main-d'œuvre et l'utilisation optimale des compétences;
- le partenariat public-privé.

Les membres ont établi que seuls les dossiers communs aux secteurs public et privé seront portés à l'attention du Comité. Ils ont aussi défini des critères afin de prioriser les dossiers à traiter, dont la valeur ajoutée pour la clientèle et le leadership du Comité.

Lors de la troisième réunion, un canevas de base servant à l'élaboration des divers sous-comités ou groupes de travail a été adopté. Les membres se partageront les présidences des sous-comités, qui seront constitués de pharmaciens de la région, pour aider à l'avancement des dossiers prioritaires.

Il a été décidé de mettre en place un sous-comité pour les services de suivi en anticoagulothérapie. Le sous-comité est attendu pour le printemps 2008.

Lors des quatrième et cinquième rencontres, les membres ont abordé des sujets tels que la pandémie de l'influenza, la continuité des soins et le bilan comparatif des médicaments, les moyens de communication que le Comité devrait privilégier pour joindre les pharmaciens du territoire, les décisions prises par la Direction de santé publique et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région au regard de l'administration dans les CSSS de vaccins acquis dans les pharmacies communautaires.

Enfin, les membres du Comité ont donné leur appui à un projet de recherche sur l'offre de vaccination mené par la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

1.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[8]

Durant l'année 2007-2008, le Département régional de médecine générale (DRMG) s'est réuni à 10 reprises pour prendre position, assurer la poursuite des travaux en cours et formuler des recommandations au président-directeur général de l'Agence dans plusieurs dossiers, dont les plus importants sont la gestion du Plan régional des effectifs médicaux[9] (PREM) et des activités médicales particulières (AMP), l'analyse de la situation des effectifs médicaux, incluant le suivi des recommandations du rapport du sous-comité du Département, ainsi que la poursuite des travaux en cours pour la réorganisation des services médicaux de première ligne.

[8] La liste des membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 6.

[9] Le Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique est présenté à l'annexe 11.

1.14 EFFECTIFS

COMPILATION SELON LES CATÉGORIES D'EMPLOI

Catégories d'emploi	Exercice en cours	Exercice antérieur
Cadres	25	21
Professionnels et professionnelles	95	101
Techniciens et techniciennes	49	44
Personnel de bureau et de soutien	44	47
Infirmiers et infirmières	3	3
Sous-total	216	216
Médecin	1	1
Personnel temporaire et prêts de service	45[10]	55
Nombre total d'employés	**262**	**272**

1.15 POLITIQUE RELATIVE AU HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

Une plainte pour harcèlement psychologique a été déposée en 2007-2008 et est en traitement. Cette politique est en vigueur depuis le 11 novembre 2004.

---

[10] 1 cadre :
qui a un statut temps complet temporaire.

28 professionnels et professionnelles :
12 à temps complet temporaire;
16 à temps partiel temporaire.

4 techniciens et techniciennes :
2 à temps complet temporaire;
2 à temps partiel temporaire.

2 employés de bureau et de soutien :
1 à temps complet temporaire;
1 à temps partiel temporaire.

2 infirmières :
à temps partiel temporaire.

8 prêts de service externes.

1.16 PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Au cours de l'année 2007-2008, l'Agence a poursuivi son contrat avec l'entreprise Programme Horizon inc., consultants en ressources psychologiques des personnes et des organisations. En vue d'assurer les services professionnels dans le cadre du Programme d'aide aux employés (PAE), l'Agence a confié à cette entreprise le mandat d'accueillir, d'évaluer, de prendre en charge ou d'orienter les employés qui éprouvent des problèmes nécessitant des services professionnels.

Vingt et un employés ont profité du Programme d'aide aux employés de l'Agence entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008. Sur l'effectif total de l'Agence, ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 7,8 %, comparativement à 11,4 % en 2006-2007 (31 employés).

En 2006-2007 et en 2007-2008, les motifs des demandes se sont plus rapportés à des aspects de la vie personnelle des employés qu'à des aspects liés au travail.

PÉRIODE	ASPECTS VIE PERSONNELLE	ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL
2006-2007	67 %	33 %
2007-2008	77 %	23 %

2

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

2 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Les paramètres de l'entente de gestion et d'imputabilité sont inscrits dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[11]. L'entente de gestion doit permettre d'apprécier l'évolution globale de la production du réseau de services et servir de levier pour donner une direction d'ensemble dans la mise en œuvre de la planification stratégique et des grandes orientations ministérielles.

En 2007-2008, le Cadre de gestion sur les ententes de gestion et d'imputabilité a été approuvé par le comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Ce cadre régional de gestion, en plus de décrire les éléments légaux et réglementaires ainsi que les notions et les normes mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, présente le processus régional établi après trois années d'expérience. Le fonctionnement interne le plus efficace pour satisfaire à l'exigence de cet important exercice y est donc décrit. Celui-ci est fondé sur le principe de la responsabilité légale de l'Agence quant à la surveillance de l'atteinte des résultats et de la fiabilité des données.

Le Ministère a compilé les résultats présentés dans les tableaux à l'aide de son système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Ces chiffres ne pouvant être modifiés, les données entre parenthèses présentent les corrections apportées par l'Agence et faisant suite soit à une compilation plus conforme aux données régionales, soit au calcul à partir de données plus récentes issues de la banque régionale I-CLSC, soit à des erreurs de transmission dans GESTRED.

2.1 PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateur	***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
Rapport entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,67	5,59	5,78

Cet indicateur rend compte de l'absentéisme de la main-d'œuvre dans les établissements du réseau. Reflétant les efforts et les actions de l'Agence et des établissements dans le domaine de la présence au travail, il mesure le nombre d'heures en assurance salaire divisé par le nombre d'heures travaillées (%) par le personnel cadre et salarié.

En date de la période 13, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La performance régionale a atteint 5,78 % au 31 mars 2008, soit 0,2 % de plus que l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 5,59 %. Neuf établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, les CSSS de Portneuf, de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, l'Hôpital Jeffery Hale –

[11] En résumé, la Loi prévoit que le ministre détermine les objectifs que l'Agence doit atteindre; il surveille et contrôle l'atteinte des objectifs; l'Agence s'engage à produire un rapport annuel de gestion sur l'atteinte des résultats; le président-directeur général et le conseil d'administration de l'Agence, qui a un pouvoir de surveillance et de contrôle, veillent à l'atteinte des objectifs annuels; les mêmes responsabilités et devoirs de l'Agence à l'égard des établissements et des établissements à l'égard de l'Agence s'appliquent; ces engagements et d'autres doivent être inscrits dans une entente de gestion.

Saint Brigid's et l'Hôpital Laval. Plusieurs facteurs sont rapportés par les établissements pour expliquer ces résultats. Ils peuvent être regroupés en deux catégories : les facteurs liés aux problèmes de santé chez le personnel et ceux ayant trait aux contextes de travail.

La première catégorie de facteurs est la plus déterminante. Les établissements parlent de la croissance et de l'alourdissement des diagnostics de santé mentale chez le personnel et des problèmes musculosquelettiques; ces problèmes sont aggravés par le vieillissement de la main-d'oeuvre. Un établissement affirme d'ailleurs que les problèmes liés à l'orthopédie et à la psychiatrie sont responsables de plus de 60 % des cas d'invalidité. Les personnes touchées subissent des délais d'attente importants pour les examens et les consultations dans ces disciplines médicales. Plus généralement, la chronicité de certaines maladies (par exemple, les maladies affectives bipolaires, la sclérose en plaques, les cas de dégénérescence musculosquelettique, le cancer, etc.) est également évoquée.

Certains établissements notent une augmentation des complications liées aux grossesses et aux cas de néonatologie. Un établissement rapporte en particulier une augmentation significative des cas de toxicomanie en cure ou en attente de cure.

Pour la majorité des personnes en assurance salaire, on note une complexification des dossiers due à la présence de diagnostics multiples. Le retour au travail dans ces situations est plus problématique et plus long.

Parmi les facteurs liés aux contextes de travail, on trouve particulièrement ceux associés à la mission d'hébergement et de soins de longue durée. Ces établissements ont rapporté que la charge de travail générée par la lourdeur de la clientèle hébergée (augmentation des problèmes cognitifs et des comportements perturbateurs) et la complexité des soins à offrir peuvent constituer des causes d'augmentation de l'assurance salaire. Par ailleurs, la pénurie de main-d'œuvre, qui génère du temps supplémentaire, l'utilisation du personnel d'agences, l'instabilité des équipes ainsi que l'arrivée de nouveaux cadres moins expérimentés dans la gestion des absences sont également considérés comme des facteurs ayant contribué à la hausse observée.

Les établissements déploient de multiples mesures, programmes et plans d'action pour réduire l'absentéisme au travail en assurance salaire. Ces mesures touchent la prévention des problèmes de santé, le suivi médico-administratif, des actions au regard du contexte de travail, notamment par l'application des recommandations du diagnostic organisationnel du Ministère ainsi que par la création de modalités adaptées de retour au travail.

Après consultation des directeurs des ressources humaines de la Capitale-Nationale, il a été convenu que l'Agence favoriserait et soutiendrait la mise en place de groupes de développement pour venir en aide aux personnes travaillant aux niveaux opérationnel et stratégique dans le programme local de santé et de sécurité au travail. De plus, l'Agence entend poursuivre le suivi systématique de l'évolution de la situation régionale dans le dossier de la présence au travail tout au cours de l'année 2008-2009 en déposant des états de situation à la table des directeurs des ressources humaines aux périodes 7, 11 et 13.

2.2 LUTTE AUX INFECTIONS

Prévention et contrôle – infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
P1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSGS	Nouveau	100,00	75,00
P1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSLD	Nouveau	100,00	40,00 (60)
P2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100,00	40,00 (50)
P3	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Nouveau	100,00	40,00 (50)

Les nombres entre parenthèses sont les résultats calculés par l'Agence. Le commentaire suivant s'appuie sur ces résultats.

La prévention des infections nosocomiales était une priorité ministérielle en 2007-2008. Au cours des deux dernières années, l'Agence a favorisé la mise en place d'équipes de prévention en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Elle s'est engagée à atteindre les seuils des indicateurs ministériels, ce qui a permis le suivi d'éléments essentiels à la gestion de la problématique infectieuse en milieu de soins.

Indicateur P1 en CHSGS : la situation au 31 mars 2008 indiquait que 75 % des établissements (trois sur quatre) avaient atteint le ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales. Un établissement a connu le départ d'une ressource en prévention et en contrôle des infections en cours d'année, et deux postes ont été pourvus au début de l'année 2008. La cible de 100 % est donc atteinte pour la région.

Indicateur P1 en CHSLD : à la fin de l'année, 60 % des établissements atteignaient le ratio recommandé. Il est à noter que, contrairement à l'exigence ministérielle, la région de la Capitale-Nationale a décidé d'atteindre la norme d'une infirmière pour 250 lits dressés dès 2007-2008. Au 31 mars 2008, deux établissements avaient des postes à pourvoir. En ce qui concerne le premier, le poste a été pourvu en avril 2008. Dans le second, deux postes ont été libérés à la suite de départs en cours d'année. Ils ont été affichés, et des entrevues ont eu lieu à la fin avril 2008. Le processus de dotation est en cours et devrait mener à l'atteinte de la cible de 100 % lorsqu'il sera terminé. Les établissements privés conventionnés étant couverts par le CSSS de Québec-Nord, le calcul de l'atteinte de la cible pour ce dernier tient compte des lits dressés dans ces établissements.

Indicateur P2 : un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est une des composantes structurelles essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les CHSGS. Pour être considéré comme

fonctionnel, le comité doit avoir tenu au moins six rencontres durant l'année. Le résultat indique que 50 % des établissements ont atteint l'objectif. Bien que tous les établissements rapportent avoir un comité de prévention des infections, seulement deux établissements ont tenu six réunions entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008; un établissement a tenu cinq réunions (la sixième ayant eu lieu le 1er avril 2008), et un établissement n'en a tenu aucune.

Indicateur P3 : un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales permettrait, selon des études, d'éviter 30 % des infections nosocomiales. Le critère pour considérer qu'un établissement possède un tel programme est son adoption par son conseil d'administration. Au 31 mars 2008, 50 % des établissements présentaient cette caractéristique. Deux établissements avaient fait adopter leur programme, un établissement a un programme qui sera présenté à son conseil d'administration pour adoption en juin 2008, et un établissement n'a pas de programme structuré.

Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
P4 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	Nouveau	100,00	13,89
	Catégorisation	Nouveau	100,00	5,56
	Accord responsable	Nouveau	100,00	30,56
	Accord au C. A.	Nouveau	100,00	2,78
	Désignation responsable	Nouveau	100,00	2,78

Les lignes directrices en hygiène et salubrité du Ministère permettent d'orienter la démarche d'amélioration et d'uniformisation des services d'hygiène et de salubrité dans les établissements du réseau public de la santé et dans les établissements privés conventionnés. Les cinq étapes d'application des lignes directrices sont : le répertoire des surfaces; la catégorisation des surfaces; l'accord de principe de l'entité responsable de la production et de la désignation; l'accord de principe du conseil d'administration; la désignation des entités responsables. Le mode de calcul de l'indicateur consiste à déterminer le nombre d'installations ayant appliqué les cinq étapes rapporté au nombre total d'installations. Celles-ci étant au nombre de 45, cela explique les faibles pourcentages. De plus, plusieurs CHSLD privés conventionnés ne remplissent pas le formulaire à toutes les périodes exigées, malgré les nombreuses demandes.

Dans la région de la Capitale-Nationale, l'indicateur a fait l'objet de nombreux questionnements de la part des établissements. Un comité régional a été mis sur pied avec comme objectifs de partager la compréhension de l'indicateur, de mettre en commun les efforts déployés par chacun et d'uniformiser le résultat attendu. Plusieurs établissements ont commencé à établir le répertoire; certains ont mis tout en œuvre pour atteindre les objectifs, tandis que d'autres se structurent actuellement pour le constituer.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a précisé ses attentes et ses objectifs ainsi que le résultat attendu. À la fin de l'année, il a déposé officiellement le document de base servant à définir cet indicateur. Ainsi, l'outil traitant du processus d'attribution des responsabilités des zones grises en milieu hospitalier a été envoyé à l'Agence le 31 mars dernier, soit à la fin de l'année financière.

2.3 SANTÉ PUBLIQUE

Dépistage du cancer du sein

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.1.3 Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	59,76	60,70	63,10

Le taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein correspond au pourcentage de femmes de 50 à 69 ans ayant passé au moins une mammographie de dépistage au cours d'une période de 24 mois.

Le taux de participation des femmes a été, à l'échelle de la région, de 63,1 %, soit 2,4 points de pourcentage au-dessus de la cible prévue de 60,7 %. Dans tous les territoires, la cible visée a été dépassée : le taux de pénétration est partout supérieur à 60 %. Le CSSS de Charlevoix a enregistré une hausse de 12,6 points de pourcentage par rapport à l'engagement prévu, tandis que, dans les autres territoires, la hausse oscille entre 2,6 et 4,8 points de pourcentage.

Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Joindre les clientèles vulnérables au VIH-sida, au virus de l'hépatite C et à des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.1.6 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang effectuées auprès des clientèles vulnérables jointes par les services intégrés de dépistage et de prévention dans les lieux où ils sont situés (CSSS mission CLSC)	Nouveau	1 000	1 235
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang effectuées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du Service intégré de dépistage et de prévention	536	560	553

Ces indicateurs renvoient aux services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmises sexuellement et par le sang. Ces services visent des populations vivant dans des contextes propices à l'adoption de comportements à risque de contracter et de transmettre ces infections. Selon un modèle régional centralisé de services, ceux-ci sont donnés par un seul établissement, soit le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. La clientèle est rencontrée dans les locaux de l'établissement ainsi que dans les milieux qu'elle fréquente (activités hors les murs) afin que le plus grand nombre possible de personnes soient jointes.

Pour les activités de dépistage dans les lieux où sont situés les services intégrés de dépistage et de prévention (indicateur 1.1.6), en 2007-2008, la cible a été diminuée d'environ 5 % (60 interventions) par rapport à l'activité observée en 2006-2007 au profit d'une augmentation des activités hors les murs (indicateur 1.1.7). Le résultat indique pour l'année 2007-2008 un dépassement de 175 personnes par rapport au point de départ (1 060, non montré dans le tableau) et un dépassement de la cible (+ 235 personnes), pour un total de 1 235 activités de dépistage effectuées dans l'établissement.

Pour les activités hors les murs, on note une augmentation significative par rapport au point de départ (500, non montré dans le tableau), soit 53 interventions supplémentaires. Ce résultat est toutefois en deçà de sept interventions par rapport à la cible fixée de 560 tests de dépistage hors les murs. Selon l'établissement responsable de la prestation des services, le regroupement de l'ensemble de ses activités de santé publique sous une coordination unique et la stabilisation des postes favoriseront une progression des activités dans ce secteur.

2.4 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Services infirmiers et psychosociaux généraux

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes aidées et en offrant une réponse plus complète aux besoins par un accroissement de l'intensité des services.

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.2.2	Nombre d'usagers recevant des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 097	4 025	4 576 (4 687)
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager effectuées par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2,2	2,4	1,9

Les services psychosociaux généraux répondent aux problèmes psychologiques et sociaux des individus qui vivent une situation particulière et momentanée ou présentant des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible. Ces services sont offerts par les centres de santé et de services sociaux.

La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. La majeure partie de l'écart s'explique par l'activité de l'établissement Jeffery Hale – Saint Brigid's non comptabilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus quant au nombre d'usagers aidés indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la région est parvenue à une production totale de 4 687 usagers, soit 662 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée de 4 025 usagers).

Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions, les résultats obtenus indiquent que la cible n'a pas été atteinte. En effet, la performance régionale montre une production moyenne de 1,94 intervention par usager, soit 0,33 intervention de moins que le point de départ (2,27, non montré dans le tableau) et 0,41 intervention de moins que la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée de 2,35 interventions par usager).

Des établissements soutiennent que des erreurs de codification ont affecté leur résultat. L'exclusion de la réception de la demande et de son orientation du dénombrement des interventions explique en partie l'écart de codification. Des rencontres avec le personnel sont prévues afin de minimiser les erreurs dues à la codification.

En ce qui concerne la prestation de services, un établissement rapporte avoir fait le choix d'améliorer l'accessibilité, donc d'augmenter le nombre d'usagers, diminuant ainsi le nombre moyen d'interventions. Il prévoit toutefois augmenter l'intensité des interventions dans la prochaine année grâce à un réaménagement au sein de ses équipes de services généraux et de santé mentale. Un autre établissement a poursuivi, au cours de l'année, l'implantation d'un service d'intervention brève à l'accueil psychosocial, ce qui a eu pour effet d'augmenter le nombre moyen d'interventions. Il offre aux intervenants un soutien clinique pour faciliter l'implantation des nouvelles pratiques liées à ce type d'interventions. De façon générale, des ajustements ont été effectués dans tous les secteurs, ce qui devrait améliorer la performance pour la prochaine année.

2.5 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT – SERVICES DANS LE MILIEU DE VIE

Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie recevant des services dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile donnés par les CSSS (mission CLSC)	15 139	16 228	15 768 (15 914)
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	26,0	25,0	25,2 (25,12)

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) donnés aux personnes aux prises avec une perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) dans leur milieu naturel.

La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. La majeure partie de l'écart s'explique par l'activité de l'établissement Jeffery Hale – Saint Brigid's non comptabilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Pour le nombre de personnes jointes, les résultats obtenus indiquent que la cible n'a pas été atteinte. La performance régionale a permis d'aider 15 914 usagers, soit 125 usagers de plus que le point de départ (15 789, non montré dans le tableau), mais 314 usagers de moins que la valeur de l'engagement de 16 228 usagers. Un établissement, le CSSS de la Vieille-Capitale, présente un écart défavorable plus important par rapport à sa cible.

Le CSSS de la Vieille-Capitale rapporte que le contexte actuel désavantageux sur le plan des ressources humaines, notamment en ce qui a trait au recrutement et à la rareté de certaines ressources professionnelles, se répercute sur la stabilisation des équipes et entraîne une difficulté à réduire à zéro les listes d'attente, particulièrement pour les services psychosociaux et d'ergothérapie. L'établissement note, de plus, que les demandes pour les services psychosociaux sont en hausse. Les budgets de développement 2007-2008 ont été annoncés tard, et le recrutement, qui visait prioritairement ces deux secteurs, a débuté plus tard également dans l'exercice. Le CSSS entend intensifier le recrutement d'ergothérapeutes ainsi que les efforts pour joindre davantage de clients.

Par ailleurs, l'établissement mentionne les effets du transfert de la clientèle anglophone ainsi que des problèmes de codification, c'est-à-dire de classification des usagers dans les catégories « santé physique » ou « perte d'autonomie ».

Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la région est parvenue à une production moyenne de 25,12 interventions par usager, soit 0,09 intervention additionnelle par rapport à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée de 25,03 interventions en moyenne par usager). Seul le CSSS de la Vieille-Capitale présente un écart défavorable plus marqué par rapport à sa cible.

L'établissement rapporte que l'application rigoureuse du cadre normatif a un effet considérable, mais difficile à quantifier, sur le nombre d'interventions. Effectivement, la mise en application de la règle visant à limiter certains actes à une seule inscription par jour, même si plusieurs interventions ont été faites auprès de l'usager, a occasionné une diminution de l'intensité des services. Il est à prévoir que les effets de cette application du cadre normatif se maintiendront. Par ailleurs, le changement de codification du profil « santé physique » pour le profil « perte d'autonomie » a également un effet direct sur le nombre d'interventions (par exemple, les ponctions veineuses), en introduisant au soutien à domicile des épisodes brefs de services.

Un autre facteur concerne un changement de pratique à l'aide à domicile. En effet, pour faire face à la demande accrue, certaines interventions ont été confiées à des entreprises d'économie sociale de soutien à domicile (EESSAD). Par exemple, la pose et le retrait de bas élastiques, qui représentent deux interventions par jour par client, ont été confiés à ces entreprises. Ces interventions ne sont présentement pas comptabilisées dans la banque I-CLSC. L'établissement affirme que ces changements de pratique sont là pour demeurer compte tenu de la rareté des auxiliaires de santé et de services sociaux. Toutefois, à partir de 2008-2009, les interventions effectuées par les entreprises d'économie sociale de soutien à domicile seront comptabilisées, ce qui aura un effet à la hausse.

L'Agence fait un suivi avec le CSSS de la Vieille-Capitale afin de circonscrire l'ensemble des éléments mentionnés et de tenter de déterminer l'effet relatif de ces explications.

Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,99	3,03	3,05 (3,072)
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,21	0,20	0,21

Ces deux indicateurs renvoient au nombre d'heures travaillées par le personnel offrant les soins infirmiers et d'assistance ainsi que les services professionnels autres qu'infirmiers, par jour de présence, dans un établissement de soins de longue durée public ou privé conventionné. Ils permettent de vérifier si le nombre d'heures travaillées correspond aux besoins des personnes hébergées.

La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul de l'indicateur en considérant la non-réponse des établissements. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Pour ce qui est des soins infirmiers et d'assistance, la cible régionale de 3,025 heures travaillées par jour-présence est légèrement dépassée, de 0,047 heure, pour une moyenne de 3,072 heures travaillées par jour-présence.

Du côté des services professionnels autres qu'infirmiers (inhalothérapie, psychologie, services sociaux, pharmacie, audiologie-orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, animation-loisirs et nutrition clinique), la performance régionale est de 0,21 heure par jour-présence, soit à peu près la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 0,196 heure.

Pour les deux indicateurs, la production régionale observée est basée sur une estimation, considérant la non-réponse de quatre établissements privés conventionnés. Le taux de réponse est évalué à 93 % pour 2007-2008.

2.6 DÉFICIENCE PHYSIQUE

Soutien à domicile – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes aidées présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète à leurs besoins, en intensifiant les services.

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile des CSSS (mission CLSC)	3 216	3 035	3 058 (3,067)
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile effectuées par les CSSS (mission CLSC), par usager	22,2	21,9	23,3

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) donnés aux personnes avec une déficience physique dans leur milieu naturel.

La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Pour ce qui est du nombre d'usagers joints, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la région a offert des services à 3 067 usagers, soit 209 usagers de plus que le point de départ (2 858, non montré dans le tableau) et 32 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée de 3 035 usagers). Trois établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit les CSSS de Charlevoix, de Portneuf et de Québec-Nord.

Du côté du nombre moyen d'interventions, les résultats obtenus indiquent également que la cible a été atteinte. En effet, la performance régionale montre une production moyenne de 23,28 interventions par usager, soit 2,05 interventions de plus que le point de départ (21,23, non montré dans le tableau) et 1,38 intervention de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (21,89 interventions en moyenne par usager).

Soutien à domicile – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	295	326	464

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par un CSSS, directement aux familles, pour l'achat de services de soutien, soit du répit, du gardiennage ou du dépannage. Le Programme est administré par le CSSS de Québec-Nord, mais chaque CSSS a la responsabilité de répondre aux besoins de sa clientèle.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, 464 usagers ont vu leur famille bénéficier de services de soutien, soit 138 usagers de plus par rapport à l'engagement 2007-2008 (326). Tous les établissements présentent un écart favorable par rapport à leur cible.

L'Agence a pris en charge la banque de données rattachée au programme de soutien aux familles DI-DP-TED (GFR, pour Gestion des fonds régionalisés) et a proposé une méthode pour le traitement des données afin de produire des résultats plus conformes aux critères des indicateurs prévus dans l'entente de gestion. Nous avons dénombré plusieurs usagers bénéficiant d'une allocation pour le répit-gardiennage qui étaient auparavant exclus du calcul, l'ancienne requête ne retenant pas les plans des usagers ayant une allocation mixte de soutien à la famille et de services intensifs de maintien à domicile. La hausse observée s'explique donc en partie par une meilleure qualité des données.

Services spécialisés – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes recevant les services et en le maintenant.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	8 614	8 220	8 771

Les services spécialisés de réadaptation sont offerts aux personnes ayant une déficience motrice, visuelle, auditive, de la parole ou du langage par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ).

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la région a joint 8 771 usagers, soit 684 usagers de plus par rapport au point de départ (8 087, non montré dans le tableau) et 551 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (8 220 usagers).

Nous observons une augmentation du recours aux services de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec dans tous les secteurs de la déficience physique, conformément aux engagements par type de déficience pris avec l'établissement : déficience motrice, visuelle, auditive, du langage et de la parole. L'établissement a dépassé la cible visée malgré une diminution importante (- 143 usagers) des personnes qui lui sont adressées par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). La priorité accordée à l'accès au premier service a permis d'enregistrer des hausses de production de services dans toutes les catégories de déficience : auditive (268), visuelle (197), du langage et de la parole (73) et motrice (13). L'augmentation de l'accès s'explique par les facteurs suivants : le respect du délai « zéro » de transfert entre les centres hospitaliers et l'Institut, qui rend compte en partie de la hausse du nombre d'usagers en déficience motrice; la réorganisation du travail en déficience visuelle amorcée en 2007 par l'établissement (révision des processus, poste d'opticien, fonction de liaison, services d'appui à l'attente); la fusion des programmes destinés aux adultes et aux aînés en déficience auditive, qui a permis de revoir les processus, de créer une fonction d'agent de liaison-orientation et d'augmenter l'efficience des ressources.

2.7 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Soutien à domicile – déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ayant recours aux services et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes par une augmentation de l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile des CSSS (mission CLSC)	1 106	1 031	1 196 (1 202)
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile effectuées par les CSSS (mission CLSC) par usager atteint d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement	8,6	8,7	8,9

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) donnés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans leur milieu naturel.

La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Pour le nombre de personnes jointes, au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la région a joint 1 202 usagers, soit 174 usagers de plus par rapport au point de départ (1 028, non montré dans le tableau) et 171 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (1 031). Tous les établissements présentent un écart favorable par rapport à leur cible.

Il en va de même pour le nombre moyen d'interventions, les résultats obtenus indiquant que la cible a été atteinte, avec une production moyenne de 8,88 interventions par usager, soit 0,33 intervention de plus par rapport au point de départ (8,55, non montré dans le tableau) et 0,16 intervention par usager de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (8,71). Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à la cible, soit les CSSS de Québec-Nord et de Charlevoix.

Au CSSS de Québec-Nord, la formation d'une équipe consacrée à la problématique, qui se fera au cours de l'année, devrait permettre de mieux cibler les personnes et leurs besoins. Toutefois, selon l'Agence, l'atteinte de la cible en matière d'intensité exigera des efforts supplémentaires.

Le CSSS de Charlevoix n'a pas atteint son objectif d'intensité en raison du manque de personnel et de la difficulté à remplacer les personnes en cas d'absences de maladie, entre autres. En ce sens, l'établissement connaît les mêmes difficultés de recrutement que tout le réseau de la santé et des services sociaux. On rapporte également que le profil de cette clientèle est différent de celui des personnes généralement suivies en soutien à domicile, puisque ses besoins sont ponctuels et irréguliers.

Soutien à domicile – déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	683	756	891

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par un CSSS, directement aux familles, pour l'achat de services de soutien, soit du répit, du gardiennage ou du dépannage. Le Programme est administré par le CSSS de Québec-Nord, mais chaque CSSS a la responsabilité de répondre aux besoins de sa clientèle.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la performance régionale est de 891 usagers dont la famille a reçu des services de soutien, soit 193 usagers de plus que le point de départ (698, non montré dans le tableau) et 135 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (756 usagers).

L'Agence a pris en charge la banque de données rattachée au programme de soutien aux familles DI-DP-TED (GFR, pour Gestion des fonds régionalisés) et a proposé une méthode pour le traitement des données afin de produire des résultats plus conformes aux critères des indicateurs prévus dans l'entente de gestion. Nous avons dénombré plusieurs usagers bénéficiant d'une allocation pour le répit-gardiennage qui étaient auparavant exclus du calcul, l'ancienne requête ne retenant pas les plans des usagers ayant une allocation mixte de soutien à la famille et de services intensifs de maintien à domicile. La hausse observée s'explique donc en partie par une meilleure qualité des données.

Services spécialisés – trouble envahissant du développement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants ayant recours à ces services.

Indicateurs		*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.5.7	Nombre d'enfants de moins de six ans ayant accès à un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA (approche behaviorale appliquée)	39	37	46
1.5.8	Nombre moyen d'heures hebdomadaire d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de six ans	10,6	13,0	11,7

Les services d'intervention comportementale intensive sont une approche structurée de type ABA (approche behaviorale appliquée). Cette approche suppose que chaque enfant reçoit 20 heures d'intervention par semaine dans son milieu par une éducatrice spécialisée. Toutefois, afin de tenir compte des difficultés inhérentes à un nombre aussi important d'heures de service et du fait que les intervenantes sont actuellement en formation, notre région a convenu d'une cible de 13 heures, tout en s'assurant d'offrir les plans d'intervention à 20 heures par semaine pour les enfants aptes à les suivre. Ces services sont offerts par le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec et le CSSS de Charlevoix, Direction de la réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement.

Le résultat observé pour ce qui est du nombre d'enfants joints indique que la cible a été atteinte, avec 46 usagers, soit 9 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 (37 usagers).

Par contre, la cible du nombre moyen d'heures hebdomadaire par enfant n'a pas été atteinte. En effet, la performance régionale a atteint 11,66 heures, soit 1,34 de moins que la cible de 13 heures par enfant par semaine.

En décomposant le résultat 2007-2008 pour la région, on s'aperçoit que plusieurs enfants ont eu accès à des semaines de 20 heures de service durant l'année. Sur 1 243 semaines de présence pour 46 enfants, environ 84 ont comporté 20 heures d'intervention (7 %) et un certain nombre, entre 17 et 19 heures. Les raisons invoquées pour expliquer la difficulté d'augmenter la moyenne d'heures de service sont les mêmes depuis le début du programme : formation des intervenants; maladies et difficultés pour le remplacement des intervenants; difficultés des enfants en raison de leur jeune âge; contraintes familiales ou fermeture des centres de la petite enfance à cause des nombreuses tempêtes de l'hiver 2008. Selon l'Agence, il est toutefois possible de présumer qu'après trois ans la formation est devenue un facteur marginal.

Il est à noter qu'au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, l'inscription des heures d'intervention comportementale intensive offertes aux enfants respecte à la lettre la définition opérationnelle de l'indicateur, soit « les heures d'intervention individuelle selon l'approche ICI », excluant ainsi les interventions faites auprès des parents en relation avec l'intervention comportementale intensive et les heures d'ergothérapie ou d'orthophonie offertes à l'enfant. Cette interprétation stricte, et correcte selon la responsable du programme à l'Agence, a pour effet qu'on ne dénombre pas toutes les interventions faites auprès de ces enfants. L'objectif ministériel n'est effectivement pas de mesurer toutes les actions accomplies auprès de ceux-ci, mais de mesurer les interventions répondant à l'approche d'intervention comportementale intensive.

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec fait mention d'un nouveau modèle de service devant permettre d'atteindre la cible. De cette façon, la majorité des enfants peuvent recevoir leurs périodes de stimulation en avant-midi. L'établissement espère ainsi atteindre la cible fixée de 13 heures par semaine.

Services spécialisés – trouble envahissant du développement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes âgées de six ans ou plus ayant recours à ces services.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.5.14 Nombre de personnes âgées de six ans ou plus recevant un service spécialisé pour un trouble envahissant du développement	473	314	596

Les services spécialisés aux enfants, jeunes et adultes ayant un trouble envahissant du développement comprennent à la fois des services de soutien à la personne, des services socioprofessionnels et des services résidentiels et sont offerts par le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec et le CSSS de Charlevoix, Direction de la réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement.

Au 31 mars 2008, les résultats indiquent que la cible a été atteinte. Avec un résultat observé de 596 personnes, il s'agit d'un accroissement de 290 par rapport au point de départ 2007-2008 (306, non montré dans le tableau) et d'un dépassement de 282 par rapport à la cible (314).

2.8 JEUNES EN DIFFICULTÉ

Services de première ligne – jeunes en difficulté et leur famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en aidant les jeunes qui en ont besoin ainsi que leur famille par les services psychosociaux; joindre 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans; augmenter le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) joints en CSSS (mission CLSC)	10 695	10 945	10 469 (10 590)
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,5	7,1	6,7

Ces services ont pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté, et de leurs parents, par des interventions continues dans le contexte d'un suivi. Ils sont offerts par les CSSS dans l'établissement ou dans les milieux de vie des enfants, des jeunes et des familles.

La donnée inscrite entre parenthèses est le resultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. La majeure partie de l'écart s'explique par l'activité de l'établissement Jeffery Hale – Saint Brigid's

non comptabilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible n'a pas été atteinte pour le nombre d'usagers joints, avec 10 590 usagers, soit 214 usagers de moins que le point de départ (10 804, non montré dans le tableau) et 355 usagers de moins que la valeur de l'engagement 2007-2008 (10 945). Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord.

Les difficultés éprouvées par ces établissements perdurent depuis 2004-2005. La principale relève de la gestion des dossiers dans le contexte du suivi des familles. En effet, normalement l'intervenant doit ouvrir autant de dossiers qu'il y a de personnes suivies dans la famille. Cette règle n'est pas toujours respectée, et plusieurs usagers, et les interventions conséquentes, ne sont pas comptabilisés par l'indicateur. Aussi, un mauvais rattachement de certains intervenants au sous-service et la non-saisie de certaines interventions faites par les intervenants du milieu scolaire expliquent les difficultés éprouvées. De plus, le CSSS de la Vieille-Capitale n'a pu mettre en œuvre les mesures correctives qu'il avait ciblées lors de la reddition de la période 7 concernant la gestion des dossiers pour le suivi des familles. Toutefois, il prévoit s'attarder aux pratiques cliniques des intervenants et élaborer une directive pour l'année 2008-2009. Un document a été produit et sera remis à l'Agence afin que des échanges aient lieu pour en arriver à un positionnement régional quant aux normes à respecter dans le suivi des familles.

Par ailleurs, ces facteurs ne semblent pas expliquer toute la situation. Le CSSS de la Vieille-Capitale continue d'affirmer que la population initiale a été surévaluée, ce qui le place en position d'échec d'une année à l'autre. Il ajoute que les orientations ministérielles relatives au programme Jeunes en difficulté intègrent les clientèles des Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE). Dans les faits, bien que les interventions soient effectuées par les infirmières de ce programme dans certains cas, il s'agit de clientèles jeunes en difficulté qui bénéficient d'un suivi sur une longue période. Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, cela représente un peu plus de 500 usagers non comptabilisés dans l'indicateur. Enfin, le CSSS soumet une proposition à l'Agence concernant l'intégration des clientèles ayant recours aux Services intégrés en périnatalité et en petite enfance dans le centre d'activités jeunes en difficulté. Cette proposition sera discutée au cours des travaux du comité régional sur le cadre normatif afin de déterminer s'il y a lieu de reconsidérer les centres d'activités utilisés.

Le CSSS de Québec-Nord, pour sa part, procède actuellement à la correction de la situation en ce qui concerne la saisie statistique des intervenants. Des améliorations devraient être perceptibles en 2008-2009.

En ce qui concerne le nombre moyen d'interventions, le résultat obtenu indique que la cible n'a pas été atteinte, avec une production totale de 6,68 interventions en moyenne par usager, soit - 0,32 intervention par rapport au point de départ (7,00, non montré dans le tableau) et - 0,45 intervention par rapport à la valeur de l'engagement 2007-2008 (7,13 interventions en moyenne par usager). Trois établissements présentent un écart défavorable par rapport à la cible établie, soit le CSSS de Québec-Nord, le CSSS de la Vieille-Capitale et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's.

Les mêmes difficultés que pour le nombre d'usagers joints ont été rapportées. De plus, le CSSS de la Vieille-Capitale explique que certaines interventions ne sont pas prises en compte (entre autres celles du sous-centre d'activités : 6 513 infirmières en périnatalité, nutritionnistes, orthophonistes), ce qui influence la moyenne globale. Le résultat de cette cible est aussi influencé par le nombre d'usagers (nombre de dossiers ouverts) et l'équilibre à maintenir entre l'accessibilité aux services et leur intensité, compte tenu de la forte demande pour les services psychosociaux. Le CSSS de la Vieille-Capitale souhaite que les interventions effectuées par d'autres professionnels soient considérées dans les cibles.

Services de deuxième ligne – les jeunes et leur famille en difficulté

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* dans un délai moyen d'attente de 12 jours civils pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours civils pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs		*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.6.4	Délai moyen d'attente pour l'évaluation par le Directeur de la protection de la jeunesse	8,6	8,5	8,1
1.6.5	Délai moyen d'attente pour l'application des mesures en matière de protection de la jeunesse	7,0	14,9	7,6
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*	19,3	14,0	12,2
1.6.8	Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	6,9	7,1	5,9

Le Centre jeunesse de Québec est chargé de fournir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leur famille. En matière d'accès aux services, cet établissement démontre une performance notable.

Le délai moyen d'attente pour l'évaluation par le Directeur de la protection de la jeunesse a atteint 8,12 jours, soit un délai de 0,37 jour plus court que la cible visée d'un délai maximal de 8,49 jours. Il est à noter que la région obtient un bon résultat également au regard de la norme clinique nationale, qui est d'un délai maximal de 12 jours.

Le délai moyen d'attente pour l'application des mesures en matière de protection de la jeunesse a été de 7,56 jours en moyenne. Les résultats observés dans la région atteignent donc largement la cible d'un maximum de 14,93 jours fixée en début d'année ainsi que la norme clinique provinciale de 30 jours.

Le délai entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* ne devait pas dépasser 14 jours en moyenne. La cible visée en début d'année a donc été dépassée, puisqu'on observe un délai moyen de 12,18 jours, soit 1,82 jour de moins que le délai maximal visé. La cible régionale de 14 jours reprend la norme clinique provinciale.

Enfin, le taux de nouveaux placements en centre jeunesse ne devait pas, en 2007-2008, dépasser 7,09 par 1 000 jeunes. Le résultat à la fin de l'année financière indique que la cible a été atteinte avec un taux de 5,85 nouveaux placements par 1 000 jeunes, soit 1,24 placement de moins.

2.9 DÉPENDANCES

Services de première ligne – toxicomanies

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Intensifier les mesures de détection, d'évaluation et d'orientation des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.7.1 Nombre de jeunes adressés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	393	295	368

Dans la région, tous les jeunes sont évalués et orientés par le Programme accès jeunesse en toxicomanie (PAJT), sous la responsabilité du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV). Ce programme permet l'évaluation rapide et l'orientation de tous les jeunes de la région qui nécessitent des services en toxicomanie.

En 2007-2008, 368 jeunes ont été évalués et adressés à des services spécialisés en toxicomanie. Ce nombre dépasse de 73 jeunes l'engagement fixé en début d'année à 295 jeunes.

Jeu pathologique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population nécessite des services spécialisés).

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	601	544	637

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs sont assurés par le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve. Des places de traitement interne sont offertes aux joueurs dans le cadre d'ententes de service avec des organismes de thérapie (Maison Au seuil de l'harmonie, Centre CASA). Il faut souligner que la prestation de services des organismes communautaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique est effectuée dans le cadre d'une entente de service selon l'article 108 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et qu'à cet effet, les clients de ces organismes sont sous la responsabilité effective du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et sont donc, par extension, des clients de ce centre.

Les résultats pour 2007-2008 indiquent que la cible de 544 joueurs traités par ces services spécialisés a été largement dépassée, puisque 637 joueurs ont reçu des services, soit 93 joueurs de plus que prévu.

2.10 SANTÉ MENTALE

Services de première ligne – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Joindre 2 % de la population de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne du territoire.

Indicateur		***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
1.8.9	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	5040	6 707	5 802 (5 870)

Les services de santé mentale en première ligne sont offerts en CSSS et regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou d'orientation offertes par un professionnel.

La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. La majeure partie de l'écart s'explique par l'activité de l'établissement Jeffery Hale – Saint Brigid's non comptabilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible n'a pas été atteinte. En effet, la région a joint 5 870 usagers, soit 837 usagers de moins que la cible visée de 6 707 usagers (engagement 2007-2008).

Les quatre CSSS ont connu des mouvements de personnel qui ont eu un impact négatif sur leur offre de service. Dans un des CSSS, des intervenants ont été affectés au guichet d'accès, ce qui a diminué la capacité de traitement de l'équipe. Deux autres CSSS ont dû composer avec le départ de professionnels et n'ont pu les remplacer. Dans un quatrième CSSS, comme les services généraux et les services de santé mentale étaient étroitement liés, la meilleure codification des personnes vues contribue à la diminution des personnes recensées par cet indicateur.

Les modifications apportées à l'indicateur ont eu un effet important sur les résultats de la région. Au cours de l'exercice financier 2006-2007, tous les usagers vus en santé mentale en CSSS, peu importe la modalité (services ambulatoires, suivi variable et services intensifs), étaient dénombrés dans les indicateurs 1.8.1 et 1.8.2 (fusionnés dans l'actuel indicateur 1.8.9). L'arrivée de nouveaux centres d'activités, qui distinguent les services ambulatoires des autres services (suivi variable et services intensifs), a fait baisser le nombre d'usagers admissibles dans l'actuel indicateur 1.8.9. Si nous enlevons les distinctions apportées par la nouvelle codification, nous sommes en mesure d'établir que le volume d'usagers en santé mentale a augmenté depuis l'an dernier, pour environ 445 usagers additionnels (de 7 903 en 2006-2007 à 8 348 en 2007-2008, toutes modalités confondues).

Les CSSS ayant connu des problèmes de recrutement comptent intensifier les efforts afin de pourvoir les postes vacants et stabiliser leur offre de service. La réorganisation des services favorisant le partage des clientèles entre les services généraux et les services de santé mentale se poursuit.

Services de deuxième ligne – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	478	205	307

Cet indicateur permet d'évaluer le nombre de jeunes et le nombre d'adultes attendant depuis plus de 60 jours pour accéder aux traitements spécialisés offerts par un professionnel de deuxième ligne en santé mentale ou en pédopsychiatrie. Ces services sont offerts par les services de consultation externe de psychiatrie et de pédopsychiatrie des centres hospitaliers.

La situation observée à la période 13 indique que la cible régionale de 205 usagers (adultes et personnes de moins de 18 ans) en attente depuis plus de 60 jours n'est pas atteinte. Le résultat observé de 307 usagers en attente est inférieur de 171 au point de départ (478). Toutefois, il dépasse de 102 l'engagement pris (205).

Le CHUQ a abaissé le nombre d'usagers (enfants et adultes) en attente par rapport au point de départ (229 par rapport à 420, non montré dans le tableau). En pédopsychiatrie, la cible prévue n'a pas été atteinte (120, non montré dans le tableau), mais le nombre d'usagers en attente a baissé de façon significative, passant de 332 au 31 mars 2007 à 164 au 31 mars 2008 (non montré dans le tableau).

Pour sa part, le Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG) a connu une augmentation de son nombre d'usagers adultes en attente (78 par rapport au point de départ de 58).

En ce qui concerne les personnes de moins de 18 ans, le CHUQ rappelle qu'en raison du transfert récent de l'équipe territoriale vers les CSSS, il avait proposé au ministère de la Santé et des Services sociaux de maintenir la cible à 160 pour 2007-2008 compte tenu de la réorganisation majeure à l'interne qu'impliquait un tel transfert. La cible a tout de même été maintenue à 120 par le Ministère. L'établissement est toujours en ajustement par rapport aux changements effectués au cours de la dernière année dans la trajectoire de services en santé mentale jeunesse, dont la mise en place des guichets d'accès, qui ont demandé une réorganisation importante du travail. La réorganisation des services de la consultation externe permet une meilleure utilisation des ressources humaines tout en optimisant les services à la clientèle.

Les mesures mises en place au cours de l'année 2007-2008 se poursuivent, entre autres l'implantation d'une clinique pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et la réorganisation du travail favorisant le travail en interdisciplinarité, qui devraient permettre de poursuivre la diminution du nombre de jeunes en attente. De plus, un projet est actuellement en discussion entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le Ministère afin que la Capitale-Nationale puisse être une région pilote pour offrir du soutien pédopsychiatrique répondant à la première ligne, ce qui devrait permettre le développement des compétences et favoriser davantage la rétention des cas moins complexes à la première ligne.

Pour ce qui est de la santé mentale adulte au CHUQ, malgré la révision de la couverture territoriale qui a dégagé les psychiatres du CHUL au début de l'année, le nombre de psychiatres a diminué, ce qui rend la couverture de l'ensemble des activités particulièrement difficile. Malgré tout, la cible de 60 a presque été atteinte (non montré dans le tableau). L'établissement rapporte que des démarches régionales sont en cours avec l'Institut universitaire de santé mentale (IUSM) afin de revoir l'organisation des modules

évaluations-liaisons (MEL) et de proposer un modèle qui permette davantage de collaboration entre les différents secteurs afin de diminuer les temps d'attente.

Pour le Centre hospitalier Robert-Giffard (adultes), l'organisation du Département régional de psychiatrie et les départs de psychiatres peuvent expliquer une augmentation des personnes en attente de plus de 60 jours. L'établissement compte sur la répartition en cours au sein du Département de psychiatrie à vocation régionale des activités d'évaluation psychiatrique de manière à déterminer des plages horaires d'évaluation en fonction du débit pour chacun des trois modules évaluations-liaisons.

Le Département régional de psychiatrie en étant à sa deuxième année d'implantation, l'Agence s'attend à ce que les services se stabilisent en fonction des cibles à atteindre.

Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - en suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); - en soutien d'intensité variable (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	915	1 015	593
1.8.6	Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	69	130	72 (141)

Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté, assurés par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes ayant des troubles mentaux graves. Les services sont généralement donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre.

Les services de suivi intensif dans la communauté se distinguent du soutien d'intensité variable par la présence d'une équipe de soins intégrés en coordination continue intervenant auprès de personnes pouvant présenter une condition instable et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées. Ces services sont offerts par le programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) du Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG) ainsi que par le CSSS de la Vieille-Capitale.

Le chiffre entre parenthèses comprend l'activité du CSSS de la Vieille-Capitale, que le formulaire GESTRED ne prend pas en compte. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Le résultat obtenu quant au soutien d'intensité variable indique que la cible n'a pas été atteinte, avec 593 usagers en moyenne par période, soit 36 usagers de moins que le point de départ (629, non montré dans le tableau) et 422 usagers de moins que la valeur de l'engagement 2007-2008 (1 015 usagers). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Les services de soutien d'intensité variable offerts par les organismes communautaires ne sont pas intégrés à la situation observée, alors qu'ils ont été inclus dans la cible régionale de 1 015 usagers. À cet égard, un nombre estimé de 326 usagers doit être ajouté au total régional, ce qui diminue significativement l'écart par rapport à la cible visée (919 par rapport à 1 015). Par ailleurs, comme le

développement budgétaire a été versé pour un équivalent de quatre périodes, l'effet ne s'est fait sentir, théoriquement, qu'à partir de décembre 2007. La modalité de calcul propre à l'indicateur 1.8.5 (moyenne périodique) fait en sorte qu'il est difficile d'obtenir l'augmentation attendue en base cumulative, même si les CSSS sont parvenus à joindre les usagers additionnels prévus pour les périodes applicables (périodes 10 à 13).

Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, la reconnaissance de ses services de suivi intensif amène un transfert de clientèles du suivi d'intensité variable vers les services de suivi intensif. En outre, les services de suivi clinique en ressources non institutionnelles (RNI) ne sont plus comptabilisés dans cet indicateur, alors qu'ils y étaient intégrés les années antérieures. Il est à noter que, dans la région, ces services sont assumés par les équipes des CSSS, mission CLSC, alors que, dans la plupart des autres régions, ils sont donnés en deuxième ligne. Des travaux impliquant l'Agence et les CSSS étaient prévus afin de faire reconnaître les services de suivi clinique en ressources non institutionnelles qui correspondent au suivi d'intensité variable. Ces travaux n'ont pu être effectués cette année, mais seront entrepris dans l'année qui vient.

Enfin, les CSSS de Charlevoix et de Portneuf mentionnent avoir des difficultés de recrutement de professionnels qualifiés. Les CSSS ayant connu des problèmes prévoient intensifier leurs efforts de recrutement.

Pour le suivi intensif, au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la région a atteint une production totale de 141 usagers aidés en moyenne par période, soit 52 usagers de plus que le point de départ (90) et 12 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2007-2008 de 130 usagers. Un seul établissement présente un écart défavorable par rapport à la cible établie, soit le Centre hospitalier Robert-Giffard.

L'écart négatif présenté par le service du Centre hospitalier Robert-Giffard s'explique par des réhospitalisations de clients de la cohorte recevant des services de suivi intensif. Ces clients présentent des problèmes complexes, et la stabilisation de leur état mental constitue un enjeu déterminant. Certains critères seront revus en fonction de la durée d'hospitalisation des personnes visées par les services de suivi intensif.

Services d'urgence – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : - séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	20,1	18,0	19,5
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	8,8	8,0	9,1

L'indicateur 1.8.7 inclut la catégorie majeure de diagnostic « alcoolisme et toxicomanies » (CMD 20). Au 31 mars 2008, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La région a atteint un séjour moyen de 19,49 heures par usager, ce qui est au-dessus de la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 18 heures. Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit le CHUQ et le CHA.

En regard de l'exercice 2006-2007, mentionnons que le CHUQ a amélioré significativement sa performance, notamment à l'urgence du CHUL (diminution de 22 % du séjour sur civière), dans un contexte d'augmentation de son achalandage (+ 9 %). Le volume élevé à l'urgence, le réseau des ressources non institutionnelles en santé mentale ne répondant pas toujours à la demande pour héberger des personnes dont l'épisode de soins est terminé et l'existence de certaines difficultés de concertation entre les première, deuxième et troisième lignes pour l'orientation des personnes présentant des problèmes complexes contribuent à expliquer les délais sur civière.

L'établissement a intégré des intervenants du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve dans son urgence, ce qui diminue considérablement les délais pour la clientèle présentant des problèmes de dépendance. La création de huit places de dépannage par le Programme régional des ressources non institutionnelles en santé mentale de même que la création de 20 places en transition pour les personnes dont l'épisode de soins est terminé (disponible à l'automne 2008) devraient contribuer à améliorer la situation au cours de la prochaine année. Le fonctionnement optimal de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement devrait aussi avoir un effet favorable.

Pour le CHA, l'engorgement des lits d'hospitalisation en psychiatrie dû à des difficultés d'organisation des sorties pour les personnes dont l'épisode de soins est terminé et l'engorgement des places en ressources non institutionnelles en santé mentale peuvent expliquer la non-atteinte de la cible. Les places de dépannage et de transition créées par le Programme régional des ressources non institutionnelles en santé mentale devraient contribuer à améliorer la situation. De plus, des démarches sont entreprises pour clarifier les pratiques des intervenants et des psychiatres en relation avec la sortie des usagers dont l'épisode de soins est terminé. Enfin, le projet de redéploiement des ressources non institutionnelles en santé mentale 2007-2012 devrait permettre un plus grand mouvement de clientèle dans ces ressources et diminuer l'attente, ce qui aura un effet secondaire sur la durée des séjours dans les urgences.

Pour l'indicateur 1.8.8, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La performance régionale a atteint une proportion de séjours de 48 heures et plus de 9,06 %, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 8 %. Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit le CHUQ et le CHA.

Pour le CHUQ, l'urgence psychiatrique à l'Hôpital du Saint-Sacrement n'étant pas encore ouverte en raison d'un retard dans les travaux et de la difficulté à pourvoir les postes d'infirmière, celle-ci n'a pu avoir l'effet escompté sur l'achalandage de l'urgence psychiatrique du CHUL. De plus, la pratique médicale des psychiatres de l'Hôpital du Saint-Sacrement ne favorise pas la libération rapide des lits des unités de soins psychiatriques, ce qui ralentit, et rend même impossible, le transfert des patients qui ont besoin d'hospitalisation du CHUL vers l'Hôpital du Saint-Sacrement. La présence des intervenants du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, en réduisant à 22 heures la moyenne de séjour à l'urgence, a certainement eu un effet bénéfique, de même que les liens tissés avec le CSSS pour la prise en charge de la clientèle en externe et la présence d'une infirmière en santé mentale.

L'Agence entend continuer à suivre l'urgence du CHUL et s'assurer que celle de l'Hôpital du Saint-Sacrement jouera son rôle. De plus, l'Agence entend que le roulement de la clientèle dans les lits de soins psychiatriques et les processus d'admission dans ce centre hospitalier de soins généraux et spécialisés soient revus.

Pour le CHA, une augmentation importante de l'achalandage à l'urgence psychiatrique depuis la fin janvier 2008 et la non-disponibilité des lits d'hospitalisation causent une congestion à l'urgence psychiatrique et, souvent, un débordement du côté de l'urgence physique. Bien que les trajectoires de services externes soient fluides, un manque de lits paraît plausible à certaines périodes de l'année où la clientèle nécessite davantage de soins psychiatriques.

2.11 SANTÉ PHYSIQUE

Services d'urgence

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.9.1	Séjour moyen sur civière	13,3	12,8	13,3
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	19,1	17,6	18,7
1.9.3	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	3,5	2,1	3,3
1.9.4	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	7,5	4,3	6,9

Séjour, tous les usagers sur civière
Au 31 mars 2008, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La région a atteint un séjour moyen de 13,25 heures par usager, ce qui est au-dessus de la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 12,8 heures. Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ et le CHA. Nous notons cependant une amélioration sensible du CHUQ par rapport à sa performance de l'an dernier (- 5,5 %).

Les travaux à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus ont eu un effet sur le fonctionnement général de l'hôpital. De plus, le fort taux d'occupation des patients de longue durée dans les lits de courte durée a contribué à congestionner les lits d'hospitalisation. Aussi, le manque de lits à l'unité des soins intensifs a obligé des patients intubés à prolonger leur séjour à l'urgence. De plus, le manque important de ressources humaines a fait en sorte que l'établissement ne pouvait couvrir plusieurs quarts de travail quotidiennement dans les unités de soins, ce qui a augmenté la durée moyenne de séjour des patients à l'urgence. À partir de janvier, la mauvaise performance des séjours sur civière en santé mentale est venue augmenter la durée moyenne de séjour en raison du manque de lits dans les unités de psychiatrie.

Pour le CHUQ, n'eût été de la psychiatrie, l'urgence du CHUL aurait atteint sa cible considérant que la durée moyenne de séjour de l'urgence physique ne dépasse jamais 48 heures. En effet, la durée moyenne de séjour de l'urgence psychiatrique (23,62 heures) vient effacer son excellente performance. Pour L'Hôtel-Dieu de Québec, la cible est atteinte avec 14,04 heures. Pour l'Hôpital Saint-François d'Assise, on note une amélioration, mais on est loin de la performance attendue. Cet hôpital éprouve des problèmes majeurs sur le plan de la prise en charge de certaines clientèles, comme les clientèles gériatrique, de médecine générale, de pneumologie et de gastro-entérologie. De plus, on observe que, pour certaines spécialités, la prise de décision pour admettre les patients est très longue et augmente de façon indue la durée moyenne de séjour. À cela s'ajoutent les nombreux cas urgents d'orthopédie qui demeurent à l'urgence en attendant leur chirurgie, faute de lits.

Pour ce qui est du pourcentage de séjours de 48 heures et plus, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La région a atteint une proportion de séjours de 3,29 %, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 2,14 %. Deux établissements présentent un écart

défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ et le CHA. Mentionnons toutefois que le CHUQ a réduit considérablement ses séjours excessifs à l'urgence par rapport à l'an dernier (- 18 %).

Pour le CHUL, ce sont les séjours de 48 heures en psychiatrie qui empêchent le service d'urgence d'atteindre sa cible de performance, puisque, du côté de la clientèle de santé physique, il n'y a aucun séjour de 48 heures. Les séjours excessifs de 48 heures en psychiatrie sont dus à l'impossibilité presque constante de transférer des patients pour hospitalisation à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'occupation excédentaire des lits de psychiatrie au CHUL. Pour l'Hôpital Saint-François d'Assise, les facteurs invoqués pour expliquer la durée moyenne de séjour sur civière s'appliquent aux séjours de plus de 48 heures. Quant à l'Hôpital du Saint-Sacrement, la clientèle est souvent contrainte à rester à l'urgence un très grand nombre d'heures en raison du manque de lits. Celui-ci est dû en partie à l'occupation importante des lits de courte durée par des patients recevant des soins de longue durée. Des mesures en toxicomanie, avec le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et le CSSS, pour prendre en charge rapidement la clientèle à l'urgence du CHUL, ont été appliquées. De nombreuses rencontres avec le CHUL, le CHA et l'Institut de santé mentale ont eu lieu afin d'évaluer les moyens à prendre et les changements de pratique à instaurer pour améliorer la fluidité des transferts du CHUL vers l'Hôpital du Saint-Sacrement et la durée moyenne de séjour dans les unités d'hospitalisation des deux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Les usagers sur civière de 75 ans et plus
Le séjour moyen des personnes âgées de 75 ans et plus n'a pas atteint la cible au 31 mars 2008. La performance régionale montre un séjour moyen de 18,71 heures par usager, ce qui est au-dessus de la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 17,57 heures. Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ et le CHA. Mentionnons toutefois que le CHUQ a amélioré sa performance par rapport à l'an dernier d'environ 4,5 %.

Les urgences de l'Hôpital Saint-François d'Assise, de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital du Saint-Sacrement sont particulièrement occupées par une clientèle gériatrique, étant donné la population vieillissante à laquelle elles donnent des services. Cette clientèle nécessite de plus en plus de soins spécialisés et pas uniquement en gériatrie. De plus, l'organisation des services et la prise en charge de la clientèle ne sont pas toujours aussi rapides qu'il se devrait. Quant à l'hospitalisation, cette clientèle est souvent prise en charge par les médecins généralistes qui ont à leur disposition un nombre limité de lits d'hospitalisation, lequel, lorsqu'ils sont tous occupés, ne peut être augmenté, ce qui prolonge alors le séjour à l'urgence.

La mise en place d'équipes multidisciplinaires à l'urgence pour la prise en charge des clients âgés dès leur arrivée contribue à accélérer le processus de gestion de l'épisode de soins et à ainsi réduire la durée moyenne de séjour. Toutefois, pour les usagers nécessitant une hospitalisation, la situation demeure problématique.

Le pourcentage de séjours de 48 heures et plus a atteint 6,90 % au 31 mars 2008, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 4,27 %. Deux principaux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ et le CHA.

En ce qui concerne les patients sur civière de 75 ans et plus, partout dans la région, ils ont de plus en plus besoin de soins gériatriques et d'autres interventions. Les personnes âgées sont souvent mal en point lorsqu'elles entrent à l'urgence. Souvent, comme les lits ne sont pas disponibles, plusieurs d'entre elles passent leur phase aiguë à l'urgence et sont redirigées par la suite soit à leur domicile avec services, soit en orientation-évaluation. Les plus malades passent plus de temps aussi à l'urgence en raison de la non-disponibilité des lits en médecine générale ou en spécialité.

Des équipes multidisciplinaires sont présentes de plus en plus à l'urgence afin de les prendre en charge rapidement et d'organiser le départ le plus rapidement possible ou pour les placer dans la bonne trajectoire de services et ainsi éviter une détérioration.

Soins palliatifs

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes en soins palliatifs à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.9.5 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	2 026	2 080	2 073 (2 079)
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	19,8	16,0	20,5

Les services de soutien à domicile en soins palliatifs sont assurés par les CSSS. La donnée inscrite entre parenthèses est le résultat d'un calcul avec le fichier I-CLSC en date du 9 mai 2008. La majeure partie de l'écart s'explique par l'activité de l'établissement Jeffery Hale – Saint Brigid's non comptabilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le commentaire suivant s'appuie sur ce résultat.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une quasi-atteinte de la cible, avec 2 079 usagers, soit 1 usager de moins par rapport à la valeur de l'engagement 2007-2008 (2 080 usagers). Un établissement présente un écart défavorable par rapport à sa cible, soit le CSSS de la Vieille-Capitale.

La qualité des données explique que la cible n'a pas été atteinte pour le CSSS de la Vieille-Capitale. En effet, la codification utilisée à l'intérieur de l'établissement correspond aux usagers ayant un pronostic de trois mois et moins, tel qu'il est décrit dans le cadre normatif. Selon le CSSS de la Vieille-Capitale, cette norme était appliquée de façon moins systématique auparavant, ce qui a pour conséquence que le nombre d'inscriptions en soins palliatifs est surestimé, ce qui fausse les données. Bien que le CSSS de la Vieille-Capitale n'ait pas atteint sa cible, il a traité toutes les demandes en soins palliatifs adressées par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et n'a aucune liste d'attente dans ce secteur d'activité. Depuis la fusion, l'établissement a consolidé ses équipes de soins palliatifs.

Quant au nombre moyen d'interventions par usager, les résultats obtenus indiquent que la cible a été atteinte. En effet, la performance régionale est de 20,46 interventions en moyenne par usager, soit 4,46 de plus par rapport à l'engagement 2007-2008 (cible visée de 16 interventions en moyenne par usager). Aucun établissement ne présente un écart défavorable par rapport à la cible établie.

Lutte contre le cancer

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	95,7	90,0	96,7

Cet indicateur renvoie au pourcentage de patients traités dans un délai de 28 jours en radio-oncologie. Les services de traitement en radio-oncologie sont offerts par le centre de radio-oncologie du CHUQ.

Au 31 mars 2008, 96,7 % des patients étaient traités à l'intérieur des délais, un résultat qui dépasse la cible de 90 % ainsi que la performance de l'an dernier (95,7 %).

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

Indicateur	***Résultats 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	68,3	70,0	63,5
Catégorie B	44,9	40,0	53,8

Cet indicateur renvoie au nombre de demandes de services pour une intervention en électrophysiologie réalisées à l'intérieur de délais médicalement acceptables selon le niveau de priorité établi. Les demandes de catégorie A doivent obtenir une réponse en moins de 48 heures, et les demandes de catégories B, en moins de trois mois. Ces services sont offerts par l'Hôpital Laval.

Au 31 mars 2008, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte en ce qui a trait aux demandes satisfaites dans les délais prescrits en électrophysiologie cardiaque pour des patients de priorité 1 et 2 (catégorie A). La performance régionale a atteint un pourcentage de 63,5 %, ce qui est inférieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 70 %.

Les usagers hospitalisés ou en transfert interétablissements doivent être traités dans un délai de moins de 48 heures (priorité 2). À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Hôpital Laval a planifié de maintenir des usagers à domicile pour permettre la diminution de la liste d'attente. Cette situation a eu pour conséquence d'établir un délai d'attente pour la priorité 2 de plus ou moins 72 heures au lieu de 48 heures.

Les résultats signalent que la cible a été atteinte en ce qui concerne les demandes satisfaites dans les délais prescrits en électrophysiologie cardiaque pour des patients de priorité 3, 4 et 5 (catégorie B). La performance régionale a atteint un pourcentage de 53,8 %, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 40 %. Le nombre de demandes satisfaites pour ce type de procédures a augmenté de 27 % en regard de l'exercice financier 2006-2007 en atteignant un volume de 1 001 demandes au 31 mars 2008. Une augmentation importante du nombre d'ablations (+ 115 cas) visait une bonne partie des demandes de cette catégorie. En période 10, l'Hôpital Laval a atteint l'objectif de 585 cas qui lui était fixé (total des ablations en période 10).

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque et en hémodynamie.

Indicateur	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.9.19 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque et en hémodynamie			
Catégorie A	87,2	85,0	85,0
Catégorie B	90,4	80,0	89,8

Cet indicateur renvoie au nombre de demandes de services pour une intervention en chirurgie cardiaque et en hémodynamie satisfaites à l'intérieur de délais cliniquement acceptables selon le niveau de priorité établi. Les demandes de catégorie A doivent obtenir une réponse à l'intérieur de deux semaines, tandis que les demandes de catégorie B doivent obtenir une réponse en moins de deux mois pour l'hémodynamie et de trois mois pour la chirurgie cardiaque. Ces services sont offerts par le CHUQ et l'Hôpital Laval.

Au 31 mars 2008, les résultats signalent que la cible a été atteinte en ce qui a trait aux demandes satisfaites dans les délais prescrits en hémodynamie pour des patients de priorité 1, 2, 3.1, 3.2 et 4 (catégorie A) et en chirurgie cardiaque pour des patients de priorité 1, 2 et 3 (catégorie A). La performance régionale a atteint un pourcentage de 85 %, ce qui est égal à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 85 %. Seul l'Hôpital Laval présente une performance sous la cible de 85 %.

Puisque l'Hôpital Laval est le centre de référence pour l'hémodynamie cardiaque, il doit répondre à l'intérieur des délais prescrits pour intervenir efficacement. Cependant, les patients venant du domicile ou des centres orienteurs doivent avoir une préparation préalable à leur intervention, ce qui ne se fait pas toujours dans le temps prescrit en raison de l'éloignement des centres orienteurs ou des patients qui se présentent directement du domicile sans avoir respecté leur préparation préalable.

Pour les patients de catégorie B, les résultats signalent que la cible a été atteinte concernant les demandes satisfaites dans les délais prescrits en hémodynamie pour des patients de priorité 5 et en chirurgie cardiaque pour des patients de priorité 4 et 5. La performance régionale a atteint un pourcentage de 89,8 %, ce qui est au-dessus de la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 80 %.

Chirurgie

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche effectuées (PTH)	505	548	549 (548)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou effectuées (PTG)	834	823	788 (792)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte effectuées	7 584	7 729	7 906 (7 907)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour effectuées (excluant celles de la cataracte)	22 080	25 565	24 828 (24 829)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation effectuées (excluant les arthroplasties de la hanche et du genou)	20 754	20 733	20 703 (20 697)
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie de la hanche	49	0	15 (38)
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie du genou	70	0	43 (79)
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une chirurgie de la cataracte	148	0	18 (25)

Ces indicateurs touchent aux activités des quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés que sont le CHUQ, le CHA, l'Hôpital Laval et le CSSS de Charlevoix, mission centre hospitalier.

Pour les listes d'attente, l'écart s'explique par la source de données utilisée, qui ne permet pas de retirer les délais associés à la non-disponibilité de l'usager.

Production additionnelle en chirurgie
Pour les arthroplasties de la hanche, les résultats signalent que la cible a été atteinte. La performance régionale a permis une production totale de 548 arthroplasties de la hanche, soit 134 procédures additionnelles, ce qui est conforme à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 548. Seul le CHUQ présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

Le CHUQ n'a pas atteint sa cible pour le nombre de chirurgies de la hanche effectuées, mais avec un faible écart de cinq prothèses. L'augmentation des révisions accroît la pression sur les lits de chirurgie et sur l'activité de réhabilitation. Le temps d'intervention associé est aussi nettement plus élevé. Un projet avec les centres hospitaliers Jeffery Hale et Chauveau pour la création de lits de postsoins aigus pour les prothèses totales de la hanche (PTH) et les prothèses totales du genou (PTG) est en cours, et sa mise en œuvre est conditionnelle au recrutement médical, dans un contexte de pénurie d'omnipraticiens. Le CHUL examine la possibilité de faire un regroupement pour la réhabilitation postopératoire pour la clientèle élective de prothèses totales de la hanche et du genou avec l'arrivée d'un nouvel orthopédiste. L'objectif de départ pour le domicile est de cinq à sept jours en postchirurgie.

Pour les arthroplasties du genou, les résultats signalent qu'aucun établissement n'a atteint sa cible. La performance régionale a permis une production totale de 792 arthroplasties du genou, soit

357 procédures additionnelles, ce qui est inférieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 823.

Le CHUQ n'a pas atteint sa cible pour les prothèses totales du genou pour les mêmes raisons que pour les prothèses totales de la hanche (voir l'indicateur précédent). Pour l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, la non-atteinte de la cible est due à la résorption complète de sa liste d'attente au 31 mars 2008. Enfin, le temps nécessaire pour faire une prothèse de révision est significatif et explique en partie l'écart par rapport à la cible. Un orthopédiste peut effectuer trois chirurgies pour prothèse primaire de la hanche ou du genou (de 8 à 18 heures), alors que, pour une prothèse de révision, il en effectuera seulement deux.

Pour les chirurgies de la cataracte, les résultats signalent que la cible a été atteinte. La performance régionale a permis une production totale de 7 907 chirurgies de la cataracte, soit 2 078 procédures additionnelles, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 7 729. Un seul établissement présente un écart défavorable par rapport à sa cible, soit le CSSS de Charlevoix.

Le CSSS de Charlevoix n'a pas atteint sa cible en raison du désistement de son ophtalmologiste, qui est devenu un membre associé. L'embauche d'un ophtalmologiste à plein temps avec deux journées d'opérations par semaine augmentera la production de l'établissement, bien que la liste d'attente soit restreinte.

Pour les chirurgies d'un jour, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La performance régionale a permis une production totale de 24 829 chirurgies d'un jour, soit 1 510 procédures additionnelles, ce qui est inférieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de 25 565. Presque tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible. Mentionnons que la production recensée tient compte des 2 507 chirurgies effectuées au bloc externe de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Au CHA, la cible a été atteinte en chirurgie d'un jour dans les blocs opératoires, mais ne l'a pas été au bloc opératoire externe de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus en raison du manque de personnel, qui limite l'ouverture des salles toute l'année.

Au CHUQ, l'accent a été mis sur la chirurgie hospitalisée au détriment de la chirurgie d'un jour. Il est certain que les spécialités qu'offre le CHUQ (l'oncologie à L'Hôtel-Dieu de Québec, les maladies vasculaires et l'orthopédie à Saint-François d'Assise) sont des secteurs où la chirurgie d'un jour n'est pas beaucoup utilisée. Ces établissements reçoivent une clientèle souvent très malade avec de multiples pathologies qui ne peuvent pas être opérées en chirurgie d'un jour. Bien que le CHUL ait connu par le passé une forte production de chirurgies d'un jour, l'avènement de la *Loi d'accès aux services spécialisés et surspécialisés* a sûrement eu un effet sur l'activité ambulatoire, puisque tous les cas de prothèses totales de la hanche et du genou de plus de six mois d'attente doivent être opérés. Ces chirurgies sont faites en mode hospitalisé.

Enfin, pour les chirurgies avec hospitalisation, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La performance régionale a permis une production totale de 20 697 chirurgies hospitalisées, soit une augmentation de 202 procédures par rapport au point de départ (production 2002-2003). Un établissement présente un écart défavorable par rapport à sa cible, soit le CSSS de Charlevoix.

Le CSSS de Charlevoix n'a pas atteint sa cible étant donné les faibles effectifs en chirurgie dans les deux hôpitaux du territoire. La production de référence 2002-2003 s'établit à 496 cas pour cet établissement, époque où ses effectifs étaient plus stables. L'arrivée de nouvelles technologies a aussi eu un effet sur la production de chirurgies hospitalisées.

Attente hors délai en chirurgie
Au 31 mars 2008, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte pour les usagers en attente d'une chirurgie de prothèse totale de la hanche. La performance régionale montre une attente hors délai de 38 usagers, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de zéro. Les

deux établissements concernés présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, bien que le CHA soit en situation de quasi-atteinte (- 1).

Pour le CHUQ, l'écart important est lié aux nombreux cas urgents qui viennent perturber l'occupation des lits de chirurgie orthopédique à l'Hôpital Saint-François d'Assise et ainsi retarder les admissions électives pour la prothèse totale de la hanche. Il y a également le fait que le CHUL ne fait pas d'orthopédie de la hanche et que L'Hôtel-Dieu de Québec, en raison de sa mission oncologique, ne place pas cette clientèle chirurgicale en priorité. De plus, il faut considérer qu'à l'intérieur du nombre de chirurgies pour une prothèse totale de la hanche en attente de six mois et plus, on trouve celles pour les prothèses totales de la hanche de révision, qui sont différentes des chirurgies pour la prothèse totale de la hanche primaire. D'ailleurs, le Ministère se questionne sur le fait de considérer en deuxième offre de service ce genre de prothèse dans le cadre de la *Loi d'accès aux services spécialisés et surspécialisés*. Il est certain que les établissements devront tenir compte du délai de six mois pour la prothèse de révision et ainsi assurer le service dans ce délai.

Pour l'attente en chirurgie pour une prothèse totale du genou, les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte. La performance régionale montre une attente hors délai de 79 usagers, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de zéro. Un seul établissement présente un écart défavorable par rapport à sa cible, soit le CHUQ.

Pour la prothèse totale du genou, la situation est la même que pour la prothèse de la hanche, c'est-à-dire que la majorité des prothèses totales du genou sont des prothèses de révision, et nous sommes en attente de la décision du Ministère pour savoir si nous pouvons faire une deuxième offre de service pour la prothèse totale du genou de révision. Les raisons pour lesquelles le CHUQ n'a pas atteint sa cible pour les prothèses totales du genou sont les mêmes que pour les prothèses totales de la hanche, c'est-à-dire que le très grand nombre de cas urgents arrivant à l'Hôpital Saint-François d'Assise empêche l'admission pour des chirurgies électives. Il est à noter que l'Hôpital Saint-François d'Assise est le seul établissement du CHUQ où se font des chirurgies pour des prothèses totales du genou. La mission oncologique de L'Hôtel-Dieu de Québec limite le nombre de chirurgies pour une prothèse totale du genou faites dans cette installation, et le CHUL ne fait pas d'orthopédie de ce genre, mais uniquement de la chirurgie d'un jour.

Les résultats signalent que la cible n'a pas été atteinte pour les usagers en attente d'une chirurgie de la cataracte. La performance régionale montre une attente hors délai de 25 usagers, ce qui est supérieur à la valeur de l'engagement 2007-2008 (cible visée) de zéro. Un établissement présente un écart défavorable par rapport à sa cible, soit le CHUQ. Notons qu'une baisse importante des usagers en attente y est tout de même observée (- 80 %).

L'Agence, en concertation avec le CHUQ et le CHA, transférera la prise en charge des listes d'attente en chirurgie de la cataracte, d'ici le 1er juillet 2008, au Centre universitaire de l'œil.

2.12 PROGRAMMES DE SOUTIEN

Gestion des bâtiments et des équipements

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateur	***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
2.2.1 Consommation en gigajoules par mètre carré	1,77	1,73	1,84

Il s'agit de la quantité d'énergie consommée par les établissements publics et privés du réseau, mesurée en gigajoules par mètre carré.

La cible de 1,73 gigajoule par mètre carré pour l'année 2007-2008 n'a pas été atteinte. Au contraire, la consommation unitaire est passée à 1,84 gigajoule par mètre carré, comparativement à 1,77 gigajoule par mètre carré l'an dernier.

Plusieurs établissements ont maintenu le même niveau de consommation unitaire que celui de l'an dernier ou l'ont réduit. Par contre, les établissements ayant fait des travaux de réaménagement fonctionnel comprenant l'ajout de systèmes de ventilation mécanique ainsi que les établissements ayant fait des travaux d'agrandissement de leur centre de recherche ont vu leur consommation unitaire augmenter (Centre hospitalier Robert-Giffard, CHUQ, Hôpital Laval, CHA). C'est le CHUQ qui a connu la plus importante hausse de sa consommation unitaire, laquelle est passée de 3,45 à 3,83 gigajoules par mètre carré.

2.13 ADDENDA À L'ENTENTE DE GESTION

Maintien dans la communauté – toutes clientèles

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.

Indicateurs		***Points de départ 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre total d'unités d'habitation servies		S.O.	ND	ND
Nombre d'unités en :	Perte d'autonomie liée au vieillissement	S.O.	ND	ND
	Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement	S.O.	ND	ND
	Déficience physique	S.O.	ND	ND
	Santé mentale	S.O.	ND	ND
	Itinérance	S.O.	ND	ND
	Dépendance	S.O.	ND	ND

Le soutien communautaire en logement social vise à venir en aide aux locataires (logement social) qui ont des besoins particuliers. Le soutien communautaire consiste en un ensemble d'actions qui peuvent aller de l'accueil à l'orientation, en passant par l'accompagnement auprès de services publics, la gestion des conflits entre locataires, l'intervention en situation de crise, l'intervention psychosociale, le soutien au comité de locataires et l'organisation communautaire. Pour favoriser la consolidation ou le développement du soutien communautaire en logement social, les agences doivent consacrer des crédits additionnels au soutien des interventions préconisées. Le soutien doit être accordé de façon prioritaire aux milieux où vivent des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Avant de procéder à l'appel de projets, l'Agence a voulu réunir les partenaires afin de s'assurer que le processus, incluant les critères d'attribution, les priorités, les processus de sélection, etc., était connu et compris de tous. Cela a engendré des délais dans le dépôt, l'analyse et l'approbation des projets. L'Agence a donc provisionné les montants 2007-2008 assignés à la consolidation et au développement du soutien communautaire en logement social. Ces montants seront attribués en 2008-2009 dans le respect des paramètres d'attribution.

Maintien dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Créer des places d'hébergement non institutionnelles du type « projet novateur ».

Indicateurs	*Points de départ 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets	0	2	0
Nombre de places d'hébergement	0	31	0

Les projets novateurs sont de nouvelles formules de logement alternatif et de prestation de services qui s'adressent à des personnes aux prises avec une perte d'autonomie importante, mais dont l'état de santé est stable et ne nécessite pas de services spécialisés.

La cible 2007-2008 touche deux projets. Un premier comprend 24 unités en logement social avec services qui permettra le maintien dans la communauté de personnes âgées qui auraient été orientées en CHSLD. Bien qu'il n'y ait aucun résultat indiqué au 31 mars 2008, le projet Habitation vivre chez soi sera inauguré en juillet 2008.

Le second projet de sept places constitue un nouveau modèle de ressources pour jeunes adultes handicapés ayant subi un traumatisme cranio-cérébral (TCC) et nécessitant un encadrement adéquat. Certains des clients ciblés sont présentement en CHSLD. Les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord préparent conjointement en ce moment un appel d'offres de service pour la création de cette ressource. L'objectif de réalisation visé : automne 2008.

Maintien dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Soutenir les proches aidants.

Indicateurs	*Points de départ 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets	S.O.	ND	ND
Nombre de personnes ayant accès aux services	S.O.	ND	ND
Nombre d'heures de répit offertes	S.O.	ND	ND

Les projets de services aux proches aidants doivent présenter des mesures de répit diversifiées, souples, adaptées aux besoins particuliers des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie résidant à domicile. Les agences doivent soumettre des projets qui favorisent la concertation entre différentes ressources (CSSS, organismes communautaires, résidences privées, entreprises d'économie sociale en soutien à domicile, etc.).

Avant de procéder à l'appel de projets, l'Agence a voulu réunir les partenaires afin de s'assurer que le processus, incluant les critères d'attribution, les priorités, les processus de sélection, etc., était connu et compris de tous. Cela a engendré des délais dans le dépôt, l'analyse et l'approbation des projets. L'Agence a donc provisionné les montants 2007-2008 visant à soutenir les proches aidants. Ces montants seront attribués en 2008-2009 dans le respect des paramètres d'attribution.

Services de première ligne – personnes handicapées

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Taux horaire	9,70 $	10,00 $	10,00 $

L'allocation directe est un montant versé par un CSSS aux familles dont un membre souffre d'une déficience intellectuelle, d'un trouble envahissant du développement ou d'une déficience physique afin de leur permettre d'acheter directement des services de répit, de gardiennage ou de dépannage. En 2007-2008, l'Agence et les établissements se sont entendus sur l'importance de la mesure, et l'Agence en a assuré le financement complet. Le taux horaire du chèque emploi-service a donc été majoré à 10,00 $.

Services spécialisés – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes aidées.

Indicateurs	*Points de départ 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
1.4A Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience motrice	49,70	49,99	49,78
1.4B Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience visuelle	17,00	17,00	15,90
1.4C Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive	35,66	35,66	30,56
1.4D Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience du langage et de la parole	74,69	75,39	57,13

Le nombre d'heures de prestation de services (HPS) observé n'atteint pas les cibles prévues pour les quatre types de déficience. Les écarts observés s'expliquent par trois facteurs.

Tout d'abord, ils s'expliquent par une modification dans l'enregistrement des heures de prestation de services. En 2007-2008, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec a modifié l'enregistrement de ses heures de prestation de services pour se conformer au cadre de référence provincial de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique (AERDPQ) et aux exigences du nouveau Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). Cette harmonisation a pour effet de soustraire les heures de prestation de services effectuées par les stagiaires.

Ensuite, notons la priorité accordée à l'augmentation de l'accès aux services par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. En 2007-2008, 8 771 personnes ont utilisé des services de réadaptation spécialisés offerts par l'Institut, ce qui représente 551 usagers de plus que la cible attendue (8 220), et ce, malgré une diminution importante (- 143 usagers) des personnes adressées par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). La priorité accordée à l'accès au premier service a permis d'enregistrer des hausses de production de services pour toutes les catégories de déficience : auditive (268), visuelle (198), du langage et de la parole (73) et motrice (13).

Enfin, les écarts s'expliquent par des difficultés de recrutement et de remplacement. En effet, certains postes professionnels sont restés vacants, malgré les efforts de l'Institut pour recruter ou remplacer le personnel. En cours d'année, des postes n'ont pas été pourvus en ergothérapie, en physiothérapie, en neuropsychologie, en optométrie, en audiologie, en orthophonie ainsi que pour les spécialistes en réadaptation en déficience visuelle (SRDV).

Services spécialisés – déficience intellectuelle

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Améliorer l'accès à des services d'adaptation et d'intégration sociale pour les usagers présentant une déficience intellectuelle.

Indicateurs		***Points de départ 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
1.5B	Nombre d'enfants de moins de six ans présentant une déficience intellectuelle ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	86	90	86 (88)
1.5C	Nombre moyen d'heures de prestation des services d'adaptation et d'intégration sociale par enfant	0,0	0,0	1 (1,33)
1.5D	Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une déficience intellectuelle recevant un service d'adaptation et d'intégration sociale	518	521	588
1.5F	Nombre d'adultes de 22 ans et plus présentant une déficience intellectuelle ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	3 277	3 293	4 632
Indicateur hors entente et hors expérimentation : Nombre d'enfants de moins de six ans présentant un trouble envahissant du développement ayant reçu des services (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec seulement)		45	52	47

Le nombre entre parenthèses est le bon résultat sur lequel le commentaire suivant s'appuie. Il s'agit d'une erreur de transmission de l'Agence corrigée dans GESTRED.

Pour ce qui est du nombre d'enfants et du nombre moyen d'heures de prestation de services, les résultats indiquent que 88 ont reçu des services en 2007-2008, pendant une moyenne de 1,33 heure par semaine. Ce résultat représente l'activité des deux établissements assurant ces services, soit le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (85) et le CSSS de Charlevoix (3). Par contre, le point de départ 2006-2007 (86) ne représente que l'activité du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, l'équivalent régional étant plutôt de 90 (86 + 4).

L'activité additionnelle prévue en raison d'un ajout financier (quatre usagers) ainsi que la cible (90 usagers) ont été attribués au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec seulement. Son résultat s'élève à 85 enfants, soit cinq de moins que la cible prévue. L'établissement a toutefois maintenu le nombre d'usagers joints dans ce groupe d'âge en accueillant 19 nouveaux usagers. Il est à noter qu'il s'agit d'un groupe d'âge qui se caractérise par un taux important de renouvellement annuel, puisque les enfants changent de catégorie d'âge lorsqu'ils atteignent six ans.

Le nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une déficience intellectuelle ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale en 2007-2008 est de 588 dans la région de la Capitale-Nationale[12], soit 67 de plus que la cible de 521. L'ajout financier et l'activité additionnelle ont été attribués au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec seulement.

Le nombre d'adultes de 22 ans et plus ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale en 2007-2008 est de 4 632 dans la région[13], soit 1 339 de plus que la cible de 3 293. L'ajout financier et l'activité additionnelle ont été attribués au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec seulement.

Bien que la cible chez les enfants de moins de six ans n'ait pas été atteinte, l'activité additionnelle totale prévue au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec de 23 usagers a été largement dépassée pour toute la clientèle en déficience intellectuelle de cet établissement. En effet, le point de départ 2006-2007 indique 3 881 usagers-services, la cible 2007-2008 s'élève à 3 904, et le résultat se chiffre à 3 945 usagers-services (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec seulement), un dépassement de 64 du point de départ et de 41 par rapport à la cible.

Indicateur hors entente et hors expérimentation
Le nombre d'enfants de moins de six ans présentant un trouble envahissant du développement (TED) s'élève à 47 en 2007-2008 au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, soit cinq de moins que la cible prévue. Tout comme pour les indicateurs précédents, la cible chez les enfants de moins de six ans n'a pas été atteinte, mais celle prévue pour les clientèles de six ans et plus a été largement dépassée (voir l'indicateur 1.5.14). Ce résultat laisse voir que l'établissement a privilégié les clientèles jeunes et adultes, dont certaines se caractérisaient par une situation jugée prioritaire en 2007-2008, ainsi que la diminution de la liste d'attente chez les adultes, dont plusieurs étaient en attente d'un premier et unique service.

Accès aux services – déficience physique, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Mise en œuvre du plan d'accès pour les personnes atteintes d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement.

Indicateur	***Point de départ 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès	0	6	0

Le Plan ministériel d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a pour objectif d'encadrer l'accès aux services des CSSS (première ligne) et aux services spécialisés de réadaptation (deuxième ligne) ainsi que leur continuité. Il comporte des standards relatifs à ces deux aspects et des modalités d'optimisation de l'organisation des services.

Au 31 mars 2008, le plan d'accès n'était pas encore publié. L'Agence et les établissements concernés ont convenu d'attendre cette publication avant de désigner les personnes responsables de la mise en œuvre et du suivi dans les établissements. Il faut, en effet, connaître les rôles et les responsabilités

[12] Dans le cadre des ententes de gestion en trouble envahissant du développement et en déficience intellectuelle, nous parlons d'usagers-services et non d'usagers différents. Un usager-service équivaut à une personne pouvant avoir reçu des services de soutien à la personne, résidentiels et socioprofessionnels. Une personne peut être comptée jusqu'à trois fois dans l'année.

[13] *Idem* note précédente.

dévolus à la fonction de gestionnaire d'accès avant de désigner la personne la plus apte à répondre aux exigences du plan.

Services de première ligne – jeunes en difficulté et leur famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Accroître les services de première ligne permettant le retour d'un enfant dans son milieu familial.

Indicateur	***Point de départ 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
Nombre de parents recevant des services du CSSS alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement	S.O.	ND	6

Le placement d'un jeune dans l'une des ressources d'hébergement gérées par le Centre jeunesse, à la suite de son retrait du milieu familial, ne constitue pas une fin de l'intervention auprès de l'enfant et de sa famille. L'objectif du retour de l'enfant dans son milieu familial fait partie intégrante des modalités de prise en charge du Centre jeunesse.

En 2007-2008, on a trouvé dans la banque I-CLSC seulement six usagers ayant la caractéristique recherchée, soit avoir été recommandé formellement par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) afin de recevoir des services particuliers d'un CSSS et avoir un enfant faisant l'objet d'une durée maximale de placement.

Actuellement, l'encadrement des parents dont l'enfant est placé est assuré par le Centre jeunesse de Québec (CJQ). Les CSSS offrent un suivi psychosocial aux parents le nécessitant, et ce, en soutien au Centre jeunesse. Il n'existe pas de service particulier aux parents dont l'enfant fait l'objet d'une durée maximale de placement en vue de permettre sa réintégration dans son milieu familial. Des travaux sont en cours avec les différents partenaires afin, d'une part, de les informer des modifications à *Loi sur la protection de la jeunesse*, qui amène des normes relatives au retrait du milieu familial, et, d'autre part, afin de prévoir les effets de ces modifications sur l'offre de service dans leur établissement. L'un des défis consiste, dans le développement de la trajectoire de services, à établir des critères convenus par le réseau de mise en priorité de la clientèle afin de respecter les délais prescrits par la Loi. Une offre de service sera précisée par la suite.

En 2007-2008, les montants additionnels ont permis aux CSSS, en collaboration avec le Centre jeunesse de Québec, d'intensifier l'accès aux services existants (services particuliers en santé mentale et en toxicomanie, services psychosociaux généraux) pour les parents vulnérables et dont les enfants sont soumis à une durée maximale de placement. Cet accès a été intensifié au moyen de certains mécanismes, dont les guichets en santé mentale adulte, l'accueil, évaluation et orientation (AEO), etc.

Le Directeur de la protection de la jeunesse travaille à réunir des renseignements sur le type de réponse offerte par les établissements partenaires aux parents qui leur sont adressés, notamment au regard de la mise en place de mécanismes de type « plan de services individualisés » (PSI) visant à assurer la continuité, la cohérence et la cohésion des interventions. Des discussions seront amorcées prochainement entre le Directeur de la protection de la jeunesse, les CSSS et les établissements de deuxième et troisième lignes (le Centre hospitalier Robert-Giffard, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec) afin de clarifier la trajectoire de services pour ces parents et de convenir de critères réseau de mise en priorité de la clientèle.

Service d'intervention en situation de crise – jeunes en difficulté et leur famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.

Indicateurs	*Points de départ 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive mis en œuvre	n/a	4	1
Nombre d'usagers ayant accès aux programmes d'intervention immédiate et intensive	n/a	À venir	49

Le programme d'intervention en situation de crise comprend un ensemble d'interventions psychosociales et de réadaptation intensive visant à résoudre la crise, à éviter le retrait d'un enfant ou d'un adolescent de son milieu familial et à mobiliser rapidement la famille pour régulariser sa situation.

En 2007-2008, 49 jeunes ont bénéficié d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise. Actuellement, seul le territoire du CSSS de Portneuf a mis en place un tel programme, soit le Service intensif de crise pour les adolescents (SICA). Ce programme est évalué par le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (CJQ-IU). Les résultats préliminaires de l'évaluation seront présentés en 2008.

Des travaux sont en cours avec les différents partenaires (les CSSS de la région, le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, le Directeur de la protection de la jeunesse et l'Hôpital Jeffery Hale) dans le cadre du comité directeur Centre jeunesse-CSSS pour convenir des grandes orientations régionales du programme. Un comité de travail sera formé sous peu afin d'élaborer et d'implanter le programme dans l'ensemble des territoires des CSSS.

Services de santé mentale en centre jeunesse – jeunes en difficulté et leur famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Accroître les services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble grave de santé mentale.

Indicateurs	*Points de départ 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de projets pour des services spécialisés en santé mentale pour des jeunes hébergés en unité de réadaptation	0	4	3
Nombre de jeunes hébergés en unité de réadaptation recevant des services spécialisés en santé mentale	0	256	22

L'engagement inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008 (256) correspond au nombre total de jeunes présentant des problèmes de santé mentale et suivis par un intervenant spécialisé du Centre jeunesse de Québec. Ce nombre diminue à 22 dans le cas des jeunes hébergés en unité de réadaptation.

Quatre projets ont été soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux, dont trois ont reçu l'approbation ministérielle, soit les projets Équipe de soutien clinique spécialisée en santé mentale, Charge de cas spécialisée en santé mentale et Services spécialisés en santé mentale pour les jeunes hébergés en unité de réadaptation. Ces projets s'inscrivent dans les orientations du Ministère concernant

le mandat conféré aux centres jeunesse de mettre en place des services permettant de mieux répondre aux besoins des jeunes hébergés aux prises avec des troubles mentaux et répondent au contexte régional et sous-régional actuel engendré par les réformes prévues par le plan d'action en santé mentale.

Au printemps 2008, le Centre jeunesse de Québec a embauché 20 intervenants (équivalents temps complet), dont une coordonnatrice, afin de mettre en œuvre les trois projets de services spécialisés en santé mentale incluant les jeunes hébergés en unité de réadaptation. Ces projets visent essentiellement la spécialisation des milieux d'hébergement et de l'intervention psychosociale, la qualification de l'intervention en fonction des besoins de ces jeunes, notamment au moyen de l'individualisation de l'intervention dans le cadre du plan de services individualisé, du travail en interdisciplinarité en favorisant la stabilisation, le rétablissement ainsi que le soutien à la réinsertion sociale des jeunes.

Le projet Équipe de soutien clinique spécialisée en santé mentale a nécessité la création de trois postes de professionnels (psychologue, psychoéducateur et infirmier en pédopsychiatrie), dont l'entrée en fonction est prévue au début de 2008. Leur rôle consistera à offrir une partie de l'évaluation et du traitement spécialisé aux jeunes concernés par l'offre de service, et le soutien clinique nécessaire aux intervenants psychosociaux et de réadaptation. Ces professionnels contribueront aussi à la mise en place et à l'actualisation du programme spécialisé.

Le projet Charge de cas spécialisée en santé mentale a nécessité la création de nouveaux postes. Actuellement, 16 postes d'agent de ressources humaines (ARH) ont été créés. Ces agents sont en fonction depuis la fin d'avril 2008. Ils assurent la continuité, la complémentarité et la concertation de l'intervention à travers la trajectoire de services, notamment auprès des jeunes hébergés en unités spécialisées.

Enfin, le projet Services spécialisés en santé mentale pour les jeunes hébergés en unité de réadaptation a nécessité l'apport de 20 éducateurs spécialisés à l'interne. Ces éducateurs aident actuellement 22 jeunes en unité spécialisée, dont deux unités de centre de réadaptation et un foyer de groupe. Le rapport éducateur-jeunes a été diminué pour favoriser l'individualisation de l'intervention et un encadrement soutenu.

Services de première ligne – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Implanter ou consolider les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS.

Indicateurs	***Points de départ 2006-2007***	***Cibles 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre d'équivalents temps complet assignés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes	20,5	20,5	20,7
Nombre d'équivalents temps complet assignés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les adultes	55	55	63,2

Au terme de l'année 2007-2008, 20,7 équivalents temps complet sont assignés à la santé mentale de première ligne pour les jeunes et 63,2, à la santé mentale de première ligne pour les adultes.

L'implantation des guichets d'accès et l'offre de service en première ligne ont été placées en priorité dans la région. Le grand nombre d'effectifs qui y sont affectés reflète ces choix.

Services d'intégration dans la communauté – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

Indicateurs	*Points de départ 2006-2007*	*Cibles 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'équivalents temps complet assignés aux équipes de suivi d'intensité variable	77,5 (69,1)*	81,2 (72,8)*	77,6
Nombre d'équivalents temps complet assignés aux équipes de suivi intensif	9,5 (8)*	9,5 (8)*	8

* Les chiffres entre parenthèses sont les résultats valides; un établissement a commis une erreur lors de la transmission des données. Les commentaires suivants expliquent la nature de l'erreur.

Au terme de l'année 2007-2008, 77,6 équivalents temps complet sont assignés au suivi d'intensité variable, soit 4,8 équivalents temps complet de plus que la cible (72,8). En suivi intensif, huit équivalents temps complet sont consacrés à ces services au CSSS de la Vieille-Capitale. Les ressources ont donc été maintenues en 2007-2008.

Les critères de reconnaissance des services de suivi intensif ont été modifiés en 2007-2008 et cela a permis au CSSS de la Vieille-Capitale de faire reconnaître une partie de ses services comme du suivi intensif (huit équivalents temps complet). Toutefois, une erreur de dénombrement a fait en sorte que ses effectifs ont été comptés en double, à la fois en suivi d'intensité variable et en suivi intensif. Initialement, un poste de secrétariat était déclaré dans l'équipe de suivi d'intensité variable, mais il a été retiré de la déclaration. De plus, un équivalent temps complet (1,4 équivalent temps complet) consacré à la crise suicidaire était déclaré dans l'équipe initiale de suivi intensif en 2006-2007, alors qu'il avait été transféré dans l'équipe de première ligne en santé mentale pour les adultes. Donc, la cible pour les services de suivi intensif aurait dû être de huit équivalents temps complet plutôt que de 9,5, et, comme il n'y a pas eu de changements accordés à ce type de suivi, le CSSS a maintenu les mêmes effectifs.

Rappelons que le CSSS de la Vieille-Capitale a dépassé la cible en matière d'effectifs consacrés aux services de première ligne en santé mentale pour les adultes.

Santé physique – groupes de médecine de famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Développer le réseau des groupes de médecine de famille.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de groupes de médecine de famille	14	20	19

Au cours de l'année 2007-2008, la région de la Capitale-Nationale a poursuivi l'implantation des groupes de médecine de famille. Six projets ont été déposés au bureau du ministre pour accréditation. On trouve parmi ceux-ci la scission en deux d'un des groupes implanté en 2005. Actuellement, 19 groupes de médecine de famille sont actifs dans la région, et neuf autres projets sont en chantier. À terme dans la prochaine année, 28 groupes de médecine de famille seront implantés dans la région de la Capitale-Nationale.

Santé physique – ligne Info-Santé [14]

OBJECTIFS DE RÉSULTATS	Mise en service du 8-1-1.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Pourcentage d'appels ayant obtenu une réponse dans un délai de quatre minutes	55,61 %	75 %	57,18 %

Au cours de l'année 2007-2008, le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) a connu de grandes périodes d'instabilité avec des pannes fréquentes affectant tant l'accès à l'application Info-Santé Web que la fonction de virtualisation des appels pour la téléphonie. Cette fonction permet l'acheminement des appels vers d'autres régions lorsque l'attente est supérieure à quatre minutes afin d'assurer que les appels sont traités sans causer trop d'attente. Ainsi, une panne majeure de la virtualisation a été enregistrée entre le 6 décembre 2007 et le 3 mars 2008. Depuis cette panne, des travaux importants ont été faits sur le Réseau de télécommunications sociosanitaire, ce qui a semblé résoudre le problème.

La Capitale-Nationale a participé à titre de région pilote, avec trois autres régions, à l'essai du module de gestion des effectifs relié au système téléphonique. Ce module permet une meilleure gestion des effectifs selon le nombre réel des appels. Le service Info-Santé peut donc augmenter l'efficience des ressources en place en modifiant les horaires de travail selon l'achalandage. Ce module permet également de déterminer les besoins en effectifs pour assurer un niveau de service optimal, soit de répondre à 90 % des appels en moins de quatre minutes.

Des travaux préparatoires ont été effectués pour la mise en place de la ligne 8-1-1 Info-Santé, prévue en mai 2008. Ce numéro unique donnera accès aux services Info-Santé. Un ajout de ressources de 6,2 équivalents temps complet a été nécessaire pour améliorer la réponse téléphonique dans les délais souhaités, c'est-à-dire inférieurs à quatre minutes.

[14] Le tableau du nombre d'appels traités sur l'ensemble du territoire est présenté à l'annexe 9.

2.14 L'ANNEXE À L'ENTENTE DE GESTION : LES CIBLES RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale	
Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	
Objectif :	Déterminer la proportion de femmes de 20 ans ou plus et sous-scolarisées, ayant accouché dans l'année, jointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
Résultat attendu :	Joindre 44,5 % des femmes. Pour les quatre CSSS, joindre 122 mères.
Objectif :	Déterminer la proportion de femmes de moins de 20 ans, ayant accouché dans l'année, jointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
Résultat attendu :	Joindre 79,9 % des femmes. Pour les quatre CSSS, joindre 93 mères.
Objectif :	Assurer l'implantation du volet « Environnements favorables » des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et participer au choix des orientations régionales.
Résultat attendu :	Faire connaître à l'Agence le nombre et le type d'actions ou de projets.

Pour l'année 2007-2008, les quatre CSSS de la région ont joint 203 mères, alors que la cible régionale avait été établie à 215.

Toujours selon les données obtenues, deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit le CSSS de Québec-Nord et celui de la Vieille-Capitale. Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix ont atteint leurs cibles respectives.

Un comité régional a été mis en place afin de déterminer des modalités de suivi des indicateurs, estimer une offre de service adéquate en fonction de l'augmentation du volume de mères à joindre et établir des cibles.

Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale	
OLO	
Objectif :	Déterminer la proportion de mères à joindre sous le seuil de faible revenu.
Résultat attendu :	Pour les quatre CSSS, joindre 1 146 mères.

La cible régionale établie à 95 % (1 146 mères) n'a pas été atteinte. En effet, 70 % des mères ont été jointes (801 mères). Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit le CSSS de Québec-Nord et celui de la Vieille-Capitale. Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix ont dépassé leurs cibles respectives de façon appréciable (respectivement 4 % et 19 %).

Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale	
École en santé	
Objectif :	Assurer l'implantation de l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'approche École en santé.
Résultat attendu :	Soutenir l'implantation de l'approche dans au moins 15 écoles et explorer le développement de l'approche dans au moins deux nouvelles écoles.

Les quatre CSSS contribuent à l'implantation de l'approche École en santé conjointement avec les commissions scolaires de la région. Quinze écoles ont amorcé le processus de démarrage de l'approche École en santé depuis trois ans et 12 d'entre elles sont très actives. Une évaluation de l'approche a permis d'établir les barrières et les conditions favorables pour sa poursuite. Parmi ces conditions mentionnons l'importance de tenir compte d'initiatives déjà en place dans les écoles et qui pourraient servir de tremplin pour lancer l'approche.

Habitudes de vie et maladies chroniques	
Centre d'abandon du tabagisme (CAT)	
Objectifs :	Assurer les services d'intervention individuelle et de groupe en cessation tabagique ainsi que la formation en intervention brève pour le personnel du CSSS. Participer aux travaux d'harmonisation des données individuelles et de groupe en cessation tabagique.
Résultat attendu :	Faire connaître à l'Agence le nombre de fumeurs joints par les services de cessation tabagique et le nombre d'employés ayant reçu une formation en intervention brève.

Le taux de fréquentation des services de cessation tabagique donnés par l'entremise des centres d'abandon du tabagisme dans la région diminue depuis les dernières années et correspond à la baisse du taux de prévalence des fumeurs. Un total de 321 usagers en CSSS (211 en individuel, 110 en groupe) et de 116 usagers au Centre d'abandon du tabagisme de la Clinique d'aide aux fumeurs de l'Hôpital Laval (95 en individuel et 21 en groupe) se sont prévalus des services. Le nombre d'employés ayant reçu une formation en intervention brève en CSSS est de 38.

Habitudes de vie et maladies chroniques	
Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION	
Objectifs :	Assurer l'implantation du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION selon les nouvelles orientations 2006-2009, lesquelles ont pour effet d'ajouter la clientèle des jeunes à celle des adultes, en y incluant la famille et les communautés, en particulier les personnes vivant en contexte de vulnérabilité. Participer à la mobilisation régionale-locale sur les habitudes de vie, la gestion du poids et la santé en assurant la mise en œuvre des différents volets du programme, principalement auprès des milieux scolaire, municipal et de la santé (CSSS). Assurer les liens intra-CSSS avec le dossier École en santé.
Résultats attendus :	Assurer une offre de service à 40 % des établissements scolaires et faire connaître à l'Agence le nombre d'établissements et de personnes (jeunes et adultes) joints ainsi que les activités effectuées. Cette offre de service devra faire les liens avec les programmes de prévention tabac, alimentation et activité physique en place auprès des jeunes et, le cas échéant, en faire la promotion. Assurer une offre de service à 10 % des municipalités et faire connaître à l'Agence la liste des municipalités jointes et les activités effectuées. Assurer une offre de service aux CSSS (volet « Employés ») et joindre 10 % de ceux-ci; faire connaître à l'Agence le nom des CSSS joints, le nombre de personnes et les activités effectuées. Assurer l'accompagnement des professionnels de la santé des CSSS, en particulier ceux des services courants, des cliniques jeunesse et les infirmières scolaires, afin d'introduire le « counselling bref » sur les habitudes de vie pour 90 % d'entre eux et faire connaître à l'Agence le nombre de personnes jointes et les activités effectuées. Assurer les liens entre le CSSS et le délégué médical de prévention concernant les actions qui visent les médecins en cabinet privé et d'autres groupes de professionnels de la santé et fournir la liste des activités effectuées. Assurer la mise en place d'activités concernant les cibles prioritaires déterminées dans le volet « Actions environnementales » et participer aux travaux de la mobilisation régionale-locale; fournir à l'Agence la liste les activités effectuées. Pourvoir des postes au regard du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et fournir à l'Agence la description des tâches.

Les cinq commissions scolaires ont maintenu leur engagement envers le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, et les CSSS ont joint 26 % des établissements scolaires. Plus de 80 % des jeunes sont joints par les différents programmes mis en place par les acteurs régionaux.

Les quatre CSSS poursuivent l'actualisation du programme dans tous leurs établissements. Ils poursuivent également l'intervention du côté des pratiques cliniques préventives.

Concernant les professionnels de la santé en cabinet privé, le délégué médical a rencontré au moins une fois les 181 médecins et infirmières. Treize formations de groupe portant sur l'activité physique, la gestion du poids et le tabac ont été offertes dans la région.

L'implantation du programme a été amorcée par 56 % des municipalités (33) du territoire incluant la ville de Québec et ses arrondissements.

Habitudes de vie et maladies chroniques	
Programme de dépistage du cancer	
Objectif :	Augmenter le taux de participation des femmes au programme de 1 % (soit 61,7 %).
Résultats attendus :	Fournir à l'Agence les informations suivantes : nombre et types d'activités effectuées auprès des femmes ou groupes de femmes du territoire. Déterminer le nombre de femmes rencontrées, au total, et, plus précisément, le nombre de femmes non participantes et plus difficiles à joindre. Déterminer le nombre et les types d'activités effectuées pour inciter les professionnels du CSSS à inclure le dépistage du cancer du sein dans leurs pratiques ainsi que le nombre d'intervenants (professionnels et médecins, le cas échéant) joints par ces activités. Pour ce qui est du Centre de dépistage désigné (CDD), atteindre la norme de 30 jours ouvrables en ce qui a trait au délai d'accès au dépistage. Produire les volumes d'activités effectuées par code d'actes et déterminer le nombre de femmes aidées au moyen du dépistage à la fin des périodes 6 et 13.

En 2007-2008, l'objectif visé par l'entente de gestion pour la région, soit d'augmenter le taux de participation de 1 % (61,7 %), a été atteint, et la région a même fait un gain de 3,3 % de 2006 (59,8 %) à 2007 (63,1 %).

La constante progression du taux de participation repose sur un ensemble de stratégies incitant les femmes à participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, notamment les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire effectuées dans tous les territoires de CSSS (projets locaux). Dans l'ensemble, les quatre territoires ont réussi à joindre un nombre important de femmes (6 871), dont plusieurs venaient de milieux défavorisés et difficiles à joindre.

Traumatismes non intentionnels	
Prévention des chutes chez les personnes âgées	
Objectif :	Implanter un programme de prévention des chutes pour les volets « Interventions multifactorielles personnalisées » (programme SAD) et « Interventions multifactorielles non personnalisées » (programme ÉquiLIBRE).
Résultats attendus :	Joindre le nombre minimal de 398 personnes (programme SAD). Joindre le nombre minimal de 13 groupes (programme ÉquiLIBRE).

Deux cent quarante-six personnes ont été jointes dans le cadre du programme SAD (selon les interventions prévues), et 11 groupes ont été formés dans le cadre du volet ÉquiLIBRE. Seul le CSSS de Portneuf a atteint les cibles fixées.

Le volet multifactoriel personnalisé auprès des clientèles du programme SAD est maintenant accessible à la clientèle âgée des territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord et d'une partie des territoires des deux autres CSSS.

En ce qui a trait à la clientèle anglophone, une démarche d'adaptation du programme et une formation des intervenants sont en cours pour une implantation dans les prochains mois.

Les différentes activités prévues dans le cadre du programme sont implantées en totalité dans trois territoires de CSSS (de la Vieille-Capitale, de Portneuf et de Charlevoix), alors que certains volets sont à compléter dans le territoire de Québec-Nord.

Pauvreté, développement social et des communautés

Analyse du milieu : portrait de la défavorisation

Objectif :	Effectuer et diffuser les portraits de défavorisation des territoires.
Résultats attendus :	Mettre à jour les données sur la défavorisation et produire les portraits de défavorisation des territoires. Diffuser les portraits de défavorisation des territoires.

Les portraits de défavorisation ont été produits dans trois CSSS, soit ceux de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et de Portneuf. Le CSSS de Charlevoix, pour sa part, avait fait le choix de ne pas produire le portrait de défavorisation de son territoire. La diffusion des portraits auprès des différents partenaires locaux des CSSS est commencée.

Pauvreté, développement social et des communautés

Analyse du milieu : taux de pénétration des services

Objectif :	Évaluer le taux de pénétration des services des CSSS dans les zones de défavorisation retenues.
Résultat attendu :	Effectuer l'illustration géographique du taux de pénétration des services ou des programmes des CSSS.

L'évaluation du taux de pénétration des services ou des programmes dans les zones de défavorisation des CSSS n'a pas été effectuée. Il n'était pas réaliste pour les organisateurs communautaires de faire cette évaluation et son illustration géographique, puisqu'ils devaient terminer les portraits de défavorisation de leur territoire avant d'amorcer cette évaluation.

Pauvreté, développement social et des communautés	
Approche territoriale intégrée	
Objectif :	Contribuer à l'implantation de l'approche territoriale intégrée (ATI) sur les territoires.
Résultat attendu :	Participer aux mécanismes et aux travaux touchant l'implantation de l'approche territoriale intégrée (ATI) dans les zones choisies.

Les quatre CSSS contribuent à l'implantation de l'approche territoriale intégrée (ATI) sur leur territoire par la présence et le soutien des organisateurs communautaires aux comités locaux. Le déploiement de l'approche territoriale intégrée est commencé sur les territoires de la MRC de Charlevoix-Est, de l'arrondissement de Beauport (plus particulièrement dans les quartiers de Giffard et de Montmorency), de l'arrondissement de Limoilou, du quartier Saint-Sauveur et, enfin, de la MRC de Portneuf.

3

AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE

L'ensemble des activités menées par l'Agence ne se limite pas à celles prévues dans l'entente de gestion et d'imputabilité et dans les ententes administratives qu'elle a conclues avec le Ministère. Il convient de rendre compte des résultats de ces autres activités dans le présent rapport.

3.1 MISE EN ŒUVRE DES PROJETS CLINIQUES

La démarche amorcée en 2006 en relation avec les six premiers projets cliniques a permis, en cours d'année 2007-2008, la réalisation concrète d'objectifs convenus conjointement par les partenaires du réseau, dont la mise en place des cliniques-réseau, une entente interétablissements pour la clientèle atteinte d'un cancer, la mise en place de services de crise jeunesse et l'implantation des guichets d'accès en santé mentale.

De même, nous avons amorcé les travaux pour le Programme dépendances et les clientèles présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Les cibles d'amélioration des services seront convenues au mois de septembre 2008.

Pour assurer la coordination de l'ensemble des travaux, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a constitué une table des directeurs généraux adjoints de l'ensemble des établissements.

3.2 RAPPORT SUR LES ENFANTS DE ZÉRO À CINQ ANS

Le directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale, le Dr François Desbiens, a rendu publique en octobre 2007 la deuxième édition du rapport *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale : Tout-petits, grands espoirs*. La Direction de santé publique de la Capitale-Nationale avait produit un premier rapport sur les enfants de zéro à cinq ans en 2000. Les principaux constats du rapport guidant les actions pour les prochaines années sont résumés ici.

En ce qui concerne les issues de grossesse, les taux de naissances de poids insuffisant, prématurées ou présentant un retard de croissance intra-utérine de la région de la Capitale-Nationale se comparent à ceux du Québec. Le soutien aux efforts déployés doit être maintenu : d'une part, auprès des familles les plus vulnérables, car c'est encore dans ce contexte que les issues de grossesse défavorables sont plus élevées; d'autre part, auprès de l'ensemble des femmes enceintes, afin de favoriser l'adoption des habitudes de vie les plus favorables possible au développement des enfants. Au regard des habitudes de vie des tout-petits, des gains ont été effectués quant aux taux d'allaitement total dans la région.

Depuis 2000, la couverture vaccinale est demeurée stable dans la région, mais en deçà des objectifs. Les maladies respiratoires des tout-petits sont également demeurées stables ainsi que les chutes, principales causes des traumatismes non intentionnels.

Pour ce qui est des problèmes de développement des enfants, on note principalement une augmentation des troubles envahissants du développement. De nombreuses actions visant à déceler précocement les enfants présentant des problèmes de développement et à offrir tant aux tout-petits qu'à leur famille le soutien dont ils ont besoin sont en cours dans la région de la Capitale-Nationale. Par ailleurs, la maltraitance est encore présente, et le nombre de signalements retenus est en constante augmentation. Plusieurs formations sont offertes aux professionnels et aux intervenants en contact avec les enfants, et on note une augmentation des interventions préventives auprès des familles les plus à risque.

Ces constats justifient la nécessité de poursuivre les programmes de promotion, de prévention et de protection auprès des enfants de zéro à cinq ans et de leur famille en portant une attention spéciale aux

familles vulnérables. Plus particulièrement, des efforts doivent être faits afin d'augmenter les taux d'allaitement exclusif, les durées d'allaitement et la couverture vaccinale, de réduire les causes évitables de maladies respiratoires chez les tout-petits, de prévenir les traumatismes évitables, ou d'intervenir le plus précocement possible.

Ces constats confirment également que des possibilités sont à explorer, particulièrement en ce qui concerne la consommation prénatale d'alcool et de drogues, les conséquences sur les enfants d'une rupture des parents, le syndrome du bébé secoué et le lien d'attachement parent-enfant, avec une attention particulière pour les pères. Il en ressort la nécessité d'encourager et de soutenir l'action intersectorielle, qui constitue un moyen incontournable pour concevoir, consolider et maintenir des interventions s'adressant aux tout-petits et à leur famille, et de poursuivre ainsi la promotion de la santé et du bien-être des tout-petits.

3.3 PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE 2008-2012

En 2007-2008, l'Agence a adopté le Plan d'action régional en sécurité alimentaire 2008-2012 recommandé par le Comité régional intersectoriel en sécurité alimentaire. Les politiques publiques qui ont un effet sur la sécurité alimentaire, l'environnement alimentaire des milieux défavorisés et les pratiques d'intervention variées et complémentaires sont les axes d'intervention qui ont été retenus. On s'assure ainsi que la mobilisation régionale autour de la sécurité alimentaire intervient sur les déterminants reconnus comme étant les plus importants et ceux sur lesquels il est possible d'agir au niveau régional.

3.4 ALLAITEMENT

Le Comité régional en allaitement de la Capitale-Nationale, dont le leadership est assuré par la Direction de santé publique, a effectué plusieurs activités au cours de l'année 2007-2008. Deux d'entre elles se démarquent : l'obtention de l'agrément Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) pour l'un des hôpitaux de la région et la tenue du Défi allaitement 2007.

Le 30 octobre 2007, l'Hôpital de La Malbaie du CSSS de Charlevoix s'est vu décerner l'agrément Initiative des hôpitaux amis des bébés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF et les comités québécois et canadien en allaitement. Au Québec, seuls deux autres hôpitaux ont réussi à implanter ce programme dans leur milieu. Plusieurs études démontrent que l'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés dans les hôpitaux augmente les taux de choix et de durée de l'allaitement. Elle contribue à la création d'un environnement favorable à l'allaitement en offrant un soutien optimal aux femmes et à leur conjoint dans cette expérience de vie.

Le 29 septembre 2007 à 11 h, le Défi allaitement 2007 a rassemblé 367 mères et leur nourrisson pour allaiter sur la place publique au centre commercial Place Fleur de Lys de Québec. La région de Charlevoix a également tenu cette activité. Ce grand rassemblement annuel, qui a lieu simultanément dans de nombreuses villes dans le monde, vise à souligner la Semaine mondiale de l'allaitement maternel. Être bien accueillies dans les lieux publics lorsqu'elles allaitent constitue l'une des clés du succès de la poursuite de l'allaitement pour plusieurs femmes : l'activité propose de modifier la norme sociale afin que les femmes qui allaitent puissent être les bienvenues partout. La Fondation Quintessence, organisme responsable de cette activité en Amérique du Nord, a décerné le certificat « or – première place » à la ville de Québec pour le plus grand nombre de femmes allaitant simultanément selon le taux de natalité de la région.

3.5 RABASKA

En février 2007, les directeurs de santé publique de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches soumettaient un avis de santé publique dans le contexte des audiences publiques du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) relativement au projet d'implantation d'un port méthanier à Lévis, en face de l'île d'Orléans. Dans cet avis, ils exprimaient leurs préoccupations de santé au regard du projet de même que des recommandations précises, notamment en matière d'effets psychosociaux sur la population. À la suite du dépôt du rapport du BAPE et de l'analyse environnementale du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, le Conseil des ministres a donné son aval au projet en octobre 2007. Dans le cadre du suivi du projet, les directions de santé publique ont été invitées à participer aux travaux d'un comité consultatif chargé de soutenir une équipe responsable de mener une étude auprès de la population sur les perceptions et les effets psychosociaux en relation avec la mise en place du projet.

3.6 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

En appui aux actions du 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale poursuit la démarche de mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé. Une vingtaine d'acteurs, issus des milieux de la santé, municipal, scolaire, de la recherche, agroalimentaire, universitaire, communautaire et associatif, participent activement à cette mobilisation. Cette année, des représentants des directions régionales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère de la Famille et des Aînés et du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec ainsi que des représentants de la SSQ Groupe financier, de la Commission scolaire des Découvreurs et de l'Association des services de garde en milieu scolaire du Québec se sont joints au groupe.

Tout en actualisant le plan d'action, les partenaires ont planifié une campagne de marketing social, appelée Chaque jour, qui prendra place dans la région pour les trois prochaines années. Elle s'articulera autour des trois cibles du 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et des actions prioritaires régionales : les déplacements actifs et sécuritaires, l'animation et l'aménagement des aires de jeux, l'offre alimentaire et l'absence de fumée de tabac dans l'environnement.

3.7 INFECTIONS NOSOCOMIALES – ENQUÊTE DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE À L'HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE

Au 31 mai 2007, le directeur de santé publique était informé d'une augmentation des complications secondaires aux infections par le *Clostridium difficile* à l'Hôpital Saint-François d'Assise. En effet, pour la période du 4 mars au 26 mai 2007, sur les 52 cas nosocomiaux relevés, 22 décès sont survenus dans les 32 jours suivant le diagnostic.

L'enquête épidémiologique menée par la Direction de santé publique, en collaboration avec l'établissement ainsi qu'avec l'Institut national de santé publique du Québec, a permis de déterminer que la combinaison de quatre facteurs principaux était à l'origine de la situation, soit l'âge élevé des patients, la présence d'une maladie pulmonaire aiguë ou chronique, la prise d'antibiotiques et la présence prédominante à l'Hôpital Saint-François d'Assise de la souche virulente NAP1/027. En tout, 23 recommandations ont été émises à la suite de cette enquête.

3.8 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – NOUVEAU CENTRE DE DÉPISTAGE

Le comité régional de suivi du Programme québécois de dépistage du cancer du sein a décidé de reconnaître un nouveau centre de dépistage désigné (CDD) pour augmenter l'accès au dépistage.

La Clinique radiologique Quatre-Bourgeois a reçu son accréditation le 10 janvier 2007 et a été désignée Centre de dépistage le 25 janvier 2008. Le Centre a accueilli les premières femmes pour une mammographie de dépistage le 17 mars 2008. Il prévoit faire environ 2 500 mammographies de dépistage pendant sa première année de fonctionnement et jusqu'à 4 000 pendant les années suivantes.

3.9 PORTRAIT DES ENVIRONNEMENTS ALIMENTAIRES DES SITES SPORTIFS, RÉCRÉATIFS ET CULTURELS MUNICIPAUX DE LA VILLE DE QUÉBEC

La Direction de santé publique rendait public, en novembre 2007, le *Portrait sur les environnements alimentaires des installations sportives et récréatives de la ville de Québec*. Il ressort de cette étude que l'offre d'aliments sains dans ces installations était faible et que leur coût était, souvent, un peu plus élevé. Bien que le plan d'action découlant de la Politique familiale municipale de la Ville aborde la problématique familiale et le souci d'une saine alimentation, il n'existait pas de ligne directrice ou de politique alimentaire pour les aliments servis dans les installations municipales.

Les principales recommandations invitent la Ville de Québec à ajouter des options santé à l'offre actuelle et à se doter d'une ligne directrice concernant les aliments qui sont servis dans ses installations. Le 13 mars 2008, à la suite de ces recommandations, quatre des huit arrondissements de la ville de Québec ont profité du renouvellement de leur contrat de service alimentaire pour retirer la malbouffe de leurs centres sportifs dès la réouverture des arénas en août 2008.

3.10 COMITÉ DE PILOTAGE – AGRÉMENT DES AGENCES

Cinq agences participent à un projet pilote national concernant l'évaluation de leurs pratiques de gestion, dont l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. En conséquence, un comité de pilotage a été formé, en séance du conseil d'administration tenue le 27 mars 2008, pour apprécier l'exercice mené par l'Agence. Ce comité est composé de trois membres du conseil d'administration, d'un directeur et d'une coordonnatrice.

Cette évaluation découle d'un cadre de référence conforme aux saines pratiques de gestion généralement reconnues (SPGGR) déterminées par l'Ordre des administrateurs agréés du Québec. Ultimement, toutes les agences seront soumises à l'évaluation de leurs pratiques de gestion, accompagnée d'une vérification externe, dont les modalités restent à établir.

3.11 PROCESSUS DE CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

Le 1er février 2007, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées entrait en vigueur. Pour officialiser le démarrage du processus de certification, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale conviait, en juin 2007, les 205 exploitants des résidences pour personnes âgées inscrits au registre à des séances d'information lors desquelles ont été données l'information et la documentation nécessaires à la démarche de certification. Les quatre centres de santé et de services sociaux ont également été rencontrés.

Au 31 mars 2008, 50 résidences avaient envoyé une demande de certification à l'Agence, soit 25 % des demandes potentielles. Sur ce nombre, 23 résidences avaient été visitées, alors que 22 demandes étaient en traitement au Conseil québécois d'agrément. Pour les résidences visitées, 23 rapports de visite de vérification de conformité ont été transmis à l'Agence, entre décembre 2007 et mars 2008, laquelle a dû assurer le suivi des points de non-conformité auprès de tous les exploitants ou responsables concernés afin qu'ils puissent obtenir un certificat de conformité au plus tard en février 2009.

3.12 BILAN DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ DES FEMMES 2004-2007

Le conseil d'administration de l'Agence a adopté le 20 décembre 2007 le bilan du Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 *Pour s'adapter à votre réalité*, qui montre l'ampleur des réalisations des trois dernières années. L'investissement dans les projets novateurs ou dans l'augmentation de l'offre des programmes déjà existants aura permis d'avoir un effet réel sur la santé des femmes de la région. Près de 250 000 $ ont été investis dans les projets, joignant près de 11 215 personnes, dont environ 400 intervenants et intervenantes, et ce, sans compter l'effet des guides d'information à l'intention des femmes. Un comité a assuré de façon continue le suivi et l'implantation de cette démarche triennale.

Les principales réalisations du Plan d'action sont les suivantes :

- l'implantation d'une maison des naissances;
- une recherche sur l'état de la situation des femmes immigrées;
- l'adaptation du programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau à la réalité des jeunes femmes de la rue;
- une recherche sur l'état de la situation en santé cardiaque des femmes;
- un feuillet d'information sur la ménopause;
- un répertoire des ressources en planification des naissances;
- la création d'un comité intersectoriel en matière d'agression sexuelle.

En résumé, il est possible de dire que le Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 *Pour s'adapter à votre réalité* a fait une différence pour les femmes de la Capitale-Nationale.

D'ailleurs, le Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 *Pour s'adapter à votre réalité* a remporté le Prix Égalité 2008 du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine dans la catégorie Santé. Fort de ce succès, mais surtout des retombées de ce plan, de la mobilisation d'un ensemble de partenaires qu'il a permis et de ses effets concrets sur la santé des femmes de notre région, le conseil d'administration a adopté un nouveau Plan d'action régional en santé des femmes pour la période 2008-2011.

3.13 BILAN GÉNÉRAL DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DES ADMISSIONS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

BILAN GÉNÉRAL DE PROGRAMME

En vertu de son mandat, le Programme d'évaluation et de coordination des admissions (PECA) en soins de longue durée a analysé des demandes d'hébergement et réparti des admissions dans les 4 120 places d'hébergement et de soins de longue durée, les 183 places de résidences intermédiaires et de type familial et les 34 résidences adaptées disponibles dans la région de la Capitale-Nationale.

Données	2007-2008	2006-2007	2005-2006
Admissions en soins de longue durée	1 448	1 335	1 331
Demandes reçues pendant l'année	2 027	2 227	1 922
Demandes évaluées ou réévaluées	2 590	2 399	2 400
Dossiers fermés pendant l'année	2 347	2 253	2 270
Personnes décédées (durant le processus)	493	510	498
Demandes retirées	72	84	92
Refus du placement	41	26	30
Demandes non admissibles	107	76	112
Retours à domicile	3	4	1
Admissions dans d'autres sous-régions	82	128	132
Admissions dans un centre privé	9	4	7
Autres motifs	92	94	67

Sur le territoire du CSSS de Portneuf, 75 admissions ont été effectuées pendant l'année ainsi que sept transferts en provenance des lits de transition du territoire de Québec.

Admissions	Portneuf
Admissions à partir du CHUQ, du CHA et de l'Hôpital Laval	24
Admissions à partir des domiciles ou des résidences privées et de l'Hôpital régional de Portneuf	43
Admissions à partir d'un autre territoire ou d'une autre région	8

Au 31 mars 2008, 39 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente :

6 personnes sont hospitalisées.
21 personnes attendent à domicile avec les services de leur CLSC.
12 personnes attendent dans une résidence privée pour personnes âgées.

Sur le territoire des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, 1 297 admissions et 268 transferts inter-CHSLD ou vers des ressources intermédiaires ont été effectués. Ces 1 297 admissions se répartissent de la façon suivante :

Admissions	Québec
Admissions à partir du CHUQ, du CHA, de l'Hôpital Laval et du Centre hospitalier Robert-Giffard	861
Admissions à partir des domiciles ou des résidences privées	406
Admissions à partir d'autres lieux	30

Ces autres lieux comprennent le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec ainsi que les autres régions que la région de la Capitale-Nationale.

Les personnes en attente* dans le territoire du CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale peuvent être regroupées de la façon suivante :

50 personnes sont hospitalisées;
302 personnes attendent à domicile avec les services de leur CLSC;
621 personnes attendent dans une résidence privée pour personnes âgées.

* Le nombre de personnes en attente n'est pas un indicateur valide pour évaluer le besoin réel d'hébergement, car nous ne sommes pas en mesure de vérifier si toutes ces personnes nécessitent immédiatement une place en hébergement pour différentes raisons, notamment le fait que la liste d'attente inclut les ressources intermédiaires. Actuellement, le nombre de places dans la région de la Capitale-Nationale et le taux d'hébergement (4 %) assurent une offre suffisante de places pour la liste d'attente réelle.

Sur le territoire du CSSS de Charlevoix, 76 admissions ont été effectuées au cours de l'année 2007-2008. Au 31 mars 2008, 18 personnes étaient en attente d'hébergement. Le nombre de demandes d'hébergement dans Charlevoix a été de 103 pour l'année 2007-2008.

3.14 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

FORMATION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a donné la formation aux deux tiers des techniciens ambulanciers paramédicaux de la région en lien avec le Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers (PAMTA) et aux nouveaux protocoles d'intervention clinique pour les techniciens ambulanciers paramédicaux. Cette formation sera complétée au cours du printemps de la prochaine année.

SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS[11]

En décembre 2007, un nouveau service de premiers répondants a été mis en place à L'Ancienne-Lorette. Ce service est le huitième à être reconnu officiellement par l'Agence.

[11] La liste des municipalités ayant un service de premiers répondants est présentée à l'annexe 12.

Les services de premiers répondants des municipalités reconnues apprécient grandement les blocs de quatre heures de formation continue que l'Agence leur offre gratuitement, en plus des recertifications sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et de l'EpiPen.

Tous les services de premiers répondants sont très assidus au programme de formation continue.

CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ DES CAPITALES[16]

L'Agence, en collaboration avec le Ministère et le Centre de communication santé des Capitales, a commencé les travaux entourant l'implantation d'un système de positionnement des véhicules ambulanciers (GPS) ainsi que des ordinateurs véhiculaires afin de recevoir les appels, en plus d'un système de cartographie à bord des véhicules. Ces nouveaux appareils devraient être en fonction à l'été 2008.

OBJECTIFS 2008-2009

Une formation sera donnée aux techniciens ambulanciers sur l'utilisation des ordinateurs véhiculaires et du système de positionnement, sur l'administration de deux nouveaux médicaments, sur l'utilisation de l'électrocardiogramme à 12 dérivations en services préhospitaliers, sur les traumatismes pédiatriques, adultes et gérontologiques ainsi que sur la prévention des infections.

De plus, au cours de la prochaine année, l'Agence, de concert avec l'Hôpital Laval, désire mettre sur pied un monitorage cardiaque par voie cellulaire afin de faire analyser l'électrocardiogramme directement par un cardiologue, et ce, en temps réel. Le but est de diriger le patient directement à l'Hôpital Laval pour appliquer le protocole d'angioplastie primaire le plus rapidement possible.

Également, l'Agence, en collaboration avec l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, entend réaliser un projet sur le traitement rapide de l'AVC, afin d'offrir le meilleur traitement possible aux patients, et ce, dans les délais les plus courts, dans le but de diminuer les effets d'une telle pathologie.

Finalement, l'Agence planifie la mise en place d'un outil de régulation des destinations des patients pour qu'ils soient dirigés vers le bon centre hospitalier selon les pathologies constatées et leur passé médical.

3.15 SÉCURITÉ CIVILE SOCIOSANITAIRE

Cette année intense a porté sur la consolidation des démarches entreprises depuis plusieurs années afin de répondre à la mission santé dans un contexte de sinistre.

Au cours de l'année, l'Agence a finalisé le Plan régional de chaleur accablante, qui sera adopté par le conseil d'administration en juin 2008, et amorcé l'établissement du Plan neige, en collaboration avec le Bureau de la sécurité civile de la Ville de Québec.

Un travail soutenu a été effectué avec les établissements du réseau, le Ministère et les partenaires pour mettre en œuvre le Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza – mission santé. Entre autres, notons le dénombrement des lieux non traditionnels de soins pour la région. Plusieurs présentations portant sur l'épidémiologie et sur la préparation du réseau ont été faites à nos partenaires, et une formation a été donnée aux porte-parole.

[16] Le nombre de transports ambulanciers effectués dans la région de la Capitale-Nationale est présenté à l'annexe 10.

L'Agence a participé aux démarches d'élaboration des exercices et des simulations avec ses partenaires (Centre des congrès, Aéroport de Québec, etc.) ainsi qu'à la Table municipale pour la réponse en cas d'incident de nature chimique, biologique, radiologique et nucléaire.

Du soutien aux établissements a été accordé dans les dossiers suivants : l'azoture de sodium dans les laboratoires, la réception massive de clients, le monoxyde de carbone et la visite des centres de services aux sinistrés.

De plus, l'Agence a élaboré des politiques et des procédures portant sur la prise en charge, par le réseau de la santé, de la clientèle contaminée, sur la venue de personnes jouissant d'une protection internationale et sur le Plan de sécurité civile pour les ressources non institutionnelles.

Enfin, l'équipe a participé, avec les partenaires des niveaux municipal, régional, provincial et fédéral, à la préparation de la région aux activités entourant le 400e anniversaire de la ville de Québec de même qu'au début des travaux pour le Sommet de la Francophonie.

3.16 SERVICES À LA CLIENTÈLE

Parmi ses responsabilités définies à l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), l'Agence doit prévoir des moyens d'informer la population. Dans ce cadre, elle offre un service de réponse téléphonique et par courrier électronique aux multiples demandes d'information formulées par la population.

En 2007-2008, 2 487 réponses ont été données, comparativement à 2 209 au cours de l'année 2006-2007, ce qui représente une augmentation de 12,6 %. Depuis les cinq dernières années, les demandes d'information adressées à ce service n'ont cessé de croître.

NOMBRE DES DEMANDES D'INFORMATION REÇUES DEPUIS 2003-2004

ANNÉE	PAR TÉLÉPHONE	ÉCART	PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE	ÉCART	TOTAL	ÉCART
2007-2008	2 071	12,9 %	416	10,9 %	**2 487**	12,6 %
2006-2007	1 834	22,2 %	375	(32,1) %	**2 209**	7,6 %
2005-2006	1 501	0,1 %	552	41,2 %	**2 053**	8,6 %
2004-2005	1 499	3,6 %	391	(0,8) %	**1 890**	2,7 %
2003-2004	1 447	20,1 %	394	31,3 %	**1 841**	22,3 %

Près de 40 % de ces demandes ont pour objet :

- le processus d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie;
- les normes régissant les résidences privées de personnes âgées;
- la recherche d'un médecin de famille;
- l'organisation des divers services du réseau de la santé et des services sociaux;
- les différents dossiers gérés par l'Agence.

3.17 PLAINTES[17]

Plaintes concluesen 2007-2008		
Instances visées	**Nombre de plaintes**	**Nombre de recommandations**
Services préhospitaliers d'urgence	6	2
Organismes communautaires	8	8
Agence	7	7
Résidences privées	16	25
Total des plaintes conclues	**37**	**42**

Autres types de demandes traitées par la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services (demandes d'assistance, d'information, signalements, etc.)	**168**

3.18 RÉORGANISATION DES LABORATOIRES

Dans le contexte de l'implantation des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de services de biologie médicale, le projet clinique du CHA – CSSS de Charlevoix a été approuvé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. À la suite de l'implantation du lien interlab, les transferts d'activités seront effectués au cours de l'année 2008. Le Centre hospitalier universitaire de Québec a effectué ces transferts d'activités internes vers le CHUL. Les transferts d'activités des CLSC La Source, Limoilou et Haute-Ville–Des-Rivières vers le CHA et le CHUQ ont aussi été effectués. L'Agence a annoncé dans sa lettre budgétaire 2008-2009 une cible de récupération de 5,2 millions de dollars pour l'année 2009-210, dont :

- 2,45 millions de dollars pour le laboratoire suprarégional du CHUQ et ses laboratoires clients;
- 2,75 millions de dollars pour le laboratoire suprarégional du CHA et ses laboratoires clients.

Les offres de service du CHUQ et du CHA, pour leurs cordons de services respectifs, sont attendues au cours de 2008-2009.

L'Agence a mis à jour le manuel d'organisation de projet sur la hiérarchisation des laboratoires afin d'introduire le volet « Normalisation de la terminologie médicale en biologie médicale », dans le cadre du Dossier de santé du Québec (DSQ). Elle a également apporté des changements à la gouvernance du projet laboratoire de la région.

[17] Ce rapport contient présente les grands types de traitement des plaintes acheminées à l'Agence en 2007-2008. Un rapport détaillé sur l'examen des plaintes traitées par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence sera accessible au centre de documentation et sur le site Internet de l'Agence.

3.19 CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Dans le cadre du projet ministériel d'implantation des systèmes automatisés et robotisés, pour la distribution des médicaments dans les hôpitaux (SARDM), l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a mis sur pied à l'hiver 2007, une équipe de gestion de projet pour l'optimisation du circuit du médicament. Cette équipe de professionnels regroupe des intervenants qui assument déjà des fonctions clés dans le domaine pharmaceutique. Ce projet, du circuit du médicament, couvre l'ensemble des activités liées aux médicaments allant de l'élaboration des listes de médicaments pouvant être utilisés dans un établissement jusqu'à la déclaration d'incidents/accidents, en passant par l'approvisionnement, la prescription, l'administration et les soins pharmaceutiques ainsi que les suivis thérapeutiques.

En lien avec ce projet, le Forum des directeurs généraux a entériné, en mai 2007, un plan d'action quinquennal, qui a été soumis par le Comité de direction de l'Agence au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Comme ce projet doit respecter le cadre de gestion ministériel reçu en décembre 2007, des sommes ont été allouées aux établissements pour la première phase du projet, qui couvrent la période du 1er décembre 2007 au 30 novembre 2008. Ce plan totalise un coût global de 17 763 947 $ pour l'expertise, pour la Capitale-Nationale.

3.20 COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Sur le plan de la complémentarité des services médicaux spécialisés, l'année 2007-2008 a été marquée par les réalisations suivantes :

- reconnaissance de trois équipes locales dans la lutte contre le cancer (CHA – CSSS de Québec-Nord, en collaboration avec les CSSS de Portneuf et de la Vieille-Capitale; CHUQ et CSSS de la Vieille-Capitale, en collaboration avec les CSSS de Portneuf et de Québec-Nord; CSSS de Charlevoix);
- publication d'une prise de position régionale sur l'organisation des lits de soins palliatifs;
- mise en place d'une table des chefs des services d'urgence de la région;
- finalisation des travaux visant une demande d'avis de reconnaissance des besoins liés à la création d'espaces plus fonctionnels et adaptés aux besoins modernes des neurosciences;
- entente entre le CHA et le CHUQ pour la garde en neurologie;
- achèvement de la première phase du Centre universitaire d'ophtalmologie du CHA;
- finalisation de la mise en place du Département régional de psychiatrie;
- publication de l'évaluation de la mise en œuvre du Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques (Traité santé).

3.21 SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Au cours de l'année 2007-2008, nous avons poursuivi l'implantation des cliniques-réseau[18]. Au mois d'octobre 2007, une quatrième clinique-réseau a été mise en place sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Il s'agit de la clinique-réseau de Basse-Ville–Limoilou. Ce modèle d'organisation de services médicaux permet, entre autres, d'offrir des consultations sans rendez-vous à l'ensemble de la population d'un territoire déterminé sans qu'il soit nécessaire d'y être inscrit. Le regroupement de médecins de la clinique-réseau s'organise pour prendre en charge la clientèle orpheline de son territoire. Enfin, ce modèle garantit l'accès à une évaluation par une infirmière qui verra à coordonner la prise en charge du patient et à l'orienter vers la ressource adaptée à sa condition de santé dans un délai approprié. Trois autres projets de cliniques-réseau sont en chantier.

En ce qui concerne les groupes de médecine de famille (GMF)[19], nous en dénombrons 19 dans la région de la Capitale-Nationale, soit cinq de plus que l'an dernier. Un de ces groupes a été scindé en deux. Neuf projets sont en élaboration.

3.22 DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Au mois de mai 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec annonçait que la Capitale-Nationale était choisie comme région pilote pour le Dossier de santé du Québec (DSQ). Depuis cette annonce, plusieurs étapes préparatoires ont été franchies par l'équipe régionale de projet afin de mener cette expérience.

Le Dossier de santé du Québec est un outil d'information électronique qui permettra aux professionnels de la santé de consulter des informations de base en santé (renseignements personnels, résultats de laboratoire, résultats d'imagerie médicale, liste des médicaments, allergies et intolérances, contacts de professionnels, données en cas d'urgence, données d'immunisation). Cet outil est un complément au dossier médical conservé dans les cliniques, les établissements et les pharmacies. Il s'adresse à toute personne assurée recevant des soins et des services de santé au Québec y ayant consenti.

Le projet pilote se déroulera en deux phases. Une première, appelée rodage, débutera en mai 2008. Elle comprendra deux rubriques d'information clinique, soit les données personnelles et les médicaments. Cette phase de rodage touchera près de 20 professionnels de la santé et 3 553 patients. Elle permettra de valider quelques composantes du dossier. La phase de rodage se déroulera au groupe de médecine de famille Saint-Vallier et dans trois pharmacies.

Une deuxième phase, appelée pilotage, suivra à l'automne. Cette phase s'effectuera avec la participation de plus de 120 professionnels de la santé : médecins, infirmières, pharmaciens, archivistes et secrétaires médicales. Au total, le nombre de patients y participant pourrait atteindre plus de 50 000. À cette phase s'ajouteront la Clinique médicale Pasteur, les services courants du CLSC Basse-Ville (CSSS de la Vieille-Capitale), les cliniques spécialisées MPOC et Diabète-vasculaire de l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHUQ, trois autres pharmacies ainsi que les laboratoires du CHUQ et du CHA.

Le déploiement du Dossier de santé du Québec, à l'ensemble de la population de la région de la Capitale-Nationale, devrait débuter en 2009. Le Dossier sera par la suite déployé graduellement dans les autres régions du Québec.

---

[18] La liste des cliniques-réseau est présentée à l'annexe 7.
[19] La liste des groupes de médecine de famille est présentée à l'annexe 8.

3.23 STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'ŒUVRE ET PLANIFICATION DE MAIN-D'ŒUVRE

La stratégie régionale de main-d'œuvre a pu se développer, cette année, à partir d'un consensus des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation (secondaire, collégial et universitaire). C'est lors de l'activité du 31 mai 2007 que les participants se sont entendus pour entreprendre des travaux relatifs à la promotion des carrières en santé et au développement du lien formation-emploi. Forts de cette volonté, les comités de travail ont déposé deux plans d'action.

Le premier permettra, notamment, de mieux faire connaître notre réseau aux étudiants par l'entremise de témoignages de jeunes travailleurs ou encore de leur faire vivre une expérience de travail.

Le second vise à permettre aux étudiants du secteur de la santé et des services sociaux de se placer le plus rapidement possible en situation de travail, et ce, afin de leur offrir la possibilité de mieux connaître leur futur milieu de pratique et d'appliquer leurs compétences cliniques acquises dans le cadre scolaire. À cette fin, la région a débloqué 200 000 $ en soutien à l'implantation et le développement de la mesure de l'externat pour l'été 2008. La région s'est également engagée à réunir des renseignements sur l'emploi étudiant pour en arriver à proposer un positionnement intégré à notre démarche régionale, et ce, pour l'été 2009.

Pour la planification de la main-d'œuvre, l'Agence a collaboré à l'implantation du cadre normatif national en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre et au soutien dans d'autres régions, puisque ce cadre est déjà implanté dans notre région.

3.24 LE TECHNOCENTRE RÉGIONAL

L'année 2007-2008 aura permis de préciser l'offre de service du Technocentre régional (TCR) et de consolider, conséquemment, son plan d'organisation. De plus, afin d'être en mesure de répondre aux attentes relatives au Dossier de santé du Québec (DSQ), d'importants travaux d'accompagnement à l'équipe du projet DSQ ont été effectués pour préparer la région tant en ce qui concerne les infrastructures que dans le domaine de la protection et de la sécurité des données.

Enfin, le Technocentre régional a poursuivi des travaux visant à mieux servir ses clients :

- implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques (ITIL);
- optimisation et modernisation du Réseau de télécommunications socosanitaire (RTSS) en collaboration avec les établissements, la Sogique et le Ministère;
- mise à jour importante des serveurs I-CLSC, TS, Cimbase, sauvegarde;
- développement des services d'hébergement d'applications et de données, notamment en ce qui concerne les applications du Carrefour informationnel de la Capitale-Nationale, de l'Infocentre de la région de la Chaudière-Appalaches, des applications telles que l'IPNI, les SIR, Espresso, Pas-GRH, Cimbase, I-CLSC, eCimbase, Dépôt régional des résultats cliniques, Horaire plus, Imagix, Prasol, etc.;
- transfert des activités de soutien technologique du CSSS de Québec-Nord à l'équipe locale.

Outre les projets susmentionnés, les ressources du Technocentre ont répondu à plus de 25 000 demandes de service.

3.25 PLAN RÉGIONAL D'INFORMATISATION

Plusieurs réalisations concrètes ont été accomplies en 2007-2008 dans le cadre du Plan régional d'informatisation. Voici les principales livraisons qui ont impliqué les établissements et les interlocuteurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

- Le Dépôt régional de résultats cliniques (DRRC), volet « Laboratoires », a connu un accroissement, son déploiement étant en cours dans les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord.
- Le projet Infrastructure de recherche intégrée en santé – réseau universitaire de Québec (IRIS-RUQ) a terminé ses livraisons le 31 mars 2008. Parmi ses réalisations, notons :
  - la fin de l'expérimentation du projet Cybersanté « Cancer du sein » au CHA;
  - la fin de l'expérimentation de la note d'évolution clinique, terminée et toujours utilisée à l'Unité de médecine familiale Maizerets. Une nouvelle version est prévue en 2008 et son déploiement est à venir dans quatre unités de médecine familiale du CSSS de la Vieille-Capitale et, éventuellement, dans les groupes de médecine de famille déployés au Dépôt régional de résultats cliniques;
  - la suspension du projet Infrastructure d'accès à l'information clinique régionale (IAIC) après la mise en place du projet Dossier de santé du Québec, lequel ciblait les mêmes objectifs de partage;
  - la fin du dépôt clinique du CHA dans la première phase pour l'Hôpital du Saint-Sacrement, où les résultats de laboratoire sont accessibles. Le déploiement par l'intermédiaire de la technologie Cristal Net a permis un rapprochement entre les équipes du CHA et du CHUQ pour cette réussite;
  - la continuation du projet Recherche et gestion, qui a permis de colliger les données de laboratoire, de radiologie et de pharmacie depuis 2002 et qui permettra, à l'avenir, de colliger celles du CHUQ, du CHA, de l'Hôpital Laval et de L'Hôtel-Dieu de Lévis. Ces données sont accessibles aux chercheurs des réseaux universitaires du Québec.
- L'organisation de l'équipe régionale DSQ a permis d'arrimer et de recevoir, en collaboration avec les établissements, l'équipe provinciale DSQ pour les sous-projets suivants :
  - Dossier de santé du Québec, projet pilote, touchant des lieux restreints;
  - Dossier de santé du Québec, mise en œuvre, touchant tous les établissements;
  - Dossier de santé du Québec-PACS, imagerie médicale, touchant tous les établissements.
- Le Dossier de santé du Québec-PACS a nécessité le recrutement d'un coordonnateur régional du projet et d'un responsable régional de gestion du changement spécialisé en radiologie. Dans le cadre d'un sous-projet, le Technocentre régional a optimisé le déploiement d'un système d'information radiologique (SIR) dans six établissements. L'arrimage des processus cliniques avec le trio DICTÉE-PACS-SIR reste à terminer. Au 31 mars 2008, deux répertoires d'imagerie diagnostique (RID) ont été mis en place à l'Hôpital Saint-François d'Assise et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus afin de permettre l'archivage des images numérisées du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval pour ce projet d'envergure.
- La conciliation de l'Index patient maître (IPM) de chaque établissement avec celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour l'obtention d'un numéro d'identification unique (NIU), a impliqué fortement les spécialistes des archives dans le choix et la qualification des critères de conciliation. La complexité de cette tâche entraînera de grands efforts en 2008-2009.
- Le Système d'information sur l'usager (SIU), qui vise la circulation de l'information entre les intervenants en santé mentale de la région au moment d'une prestation de services en réseau, est une réussite à ce jour. Sa mise en place auprès des intervenants du Centre hospitalier Robert-Giffard et du CHA est terminée, et son déploiement dans les quatre CSSS est bien amorcé. Plus de 1 560 consentements ont été obtenus au 31 mars 2008. Pour le CHUQ, les travaux débuteront en mai 2008.
- La venue du Dossier de santé du Québec et des PACS dans la région a permis la priorisation du rehaussement des liens de télécommunication du Réseau de télécommunications sociosanitaire pour la majorité des établissements.

3.26 L'ESPACE DES CITOYENS/SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (QUÉBEC)

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en collaboration avec les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, a soutenu financièrement les activités de l'Espace des citoyens/santé et bien-être (Québec), un projet qui vise la participation citoyenne dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce projet s'adresse à tous les citoyens de la région de la Capitale-Nationale qui souhaitent s'informer, dialoguer et se faire entendre à propos de la situation actuelle et de l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.

Rencontres et bulletins d'information, débats et groupes de discussion, conférences et cercle de lecture, participation à des consultations, mise sur pied de réseaux, rédaction de documents, de trousses et de synthèses d'information et construction de pages Web sur des projets spécifiques sont des activités que l'Espace des citoyens expérimente et cherche à promouvoir.

Au cours de la dernière année, l'Agence a participé à un débat sur la mise en fonction de la ligne 811 avec des citoyens de la région. De plus, plusieurs rencontres de consultation (de groupe et individuelles) ont été tenues avec les membres de l'Espace des citoyens, notamment pour valider des outils d'information en lien avec le projet pilote du Dossier de santé du Québec.

4

DONNÉES FINANCIÈRES

4.1 DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

4.1.1 BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

CODE	NOM	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2007-2008 (Note 1)	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2006-2007 (Note 1)	BUDGET NET ÉCART 2007-2008 ET 2006-2007	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2007-2008 Activités principales et accessoires	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2006-2007 Activités principales et accessoires	ÉCART 2007-2008 ET 2006-2007
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DURÉE							
11042371	CH universitaire de Québec	434 152 388 $	411 574 903 $	22 577 485 $	(9 680 060 $)	(9 680 561 $)	501 $
11888062	CH Robert-Giffard	111 156 223 $	107 742 216 $	3 414 007 $	2 940 160 $	1 380 287 $	1 559 873 $
13163092	CH affilié universitaire de Québec	244 150 031 $	219 372 590 $	24 777 441 $	(1 336 000 $)	(1 336 000 $)	0 $
13623616	Hôpital Laval	159 315 687 $	150 717 274 $	8 598 413 $	(1 203 731 $)	(1 305 249 $)	101 518 $
	Sous-total	948 774 329 $	889 406 983 $	59 367 346 $	(9 279 631 $)	(10 941 523 $)	1 661 892 $
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE							
12409991	Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	21 332 204 $	19 576 209 $	1 755 995 $	30 340 $	50 371 $	(20 031 $)
	Sous-total	21 332 204 $	19 576 209 $	1 755 995 $	30 340 $	50 371 $	(20 031 $)
CENTRES DE RÉADAPTATION							
11042777	Centre de réadaptation Ubald Villeneuve	6 364 012 $	5 923 012 $	441 000 $	46 822 $	34 746 $	12 076 $
11042900	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	49 039 027 $	46 229 848 $	2 809 179 $	93 272 $	86 106 $	7 166 $
11043908	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	51 827 506 $	49 192 664 $	2 634 842 $	633 772 $	13 980 $	619 792 $
	Sous-total	107 230 545 $	101 345 524 $	5 885 021 $	773 866 $	134 832 $	639 034 $

CODE	NOM	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2007-2008 (Note 1)	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2006-2007 (Note 1)	BUDGET NET ÉCART 2007-2008 ET 2006-2007	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2007-2008 Activités principales et accessoires	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2006-2007	ÉCART 2007-2008 ET 2006-2007
	CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX						
11043650	CSSS de Portneuf	36 084 784 $	33 660 176 $	2 424 608 $	154 353 $	207 559 $	(53 206 $)
11044153	CSSS de la Vieille-Capitale	168 176 880 $	156 684 332 $	11 492 548 $	865 307 $	19 030 $	846 277 $
11044161	CSSS de Québec-Nord	127 487 536 $	119 476 332 $	8 011 204 $	57 179 $	575 730 $	(518 551 $)
11044336	CSSS de Charlevoix	70 312 547 $	66 656 954 $	3 655 593 $	71 840 $	8 777 $	63 063 $
	Sous-total	402 061 747 $	376 477 794 $	25 583 953 $	1 148 679 $	811 096 $	337 583 $
	CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE - CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION						
11042868	Les centres jeunesse de Québec	72 229 411 $	68 442 017 $	3 787 394 $	785 147 $	333 523 $	451 624 $
	Sous-total	72 229 411 $	68 442 017 $	3 787 394 $	785 147 $	333 523 $	451 624 $
	CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS						
11042520	CH Notre-Dame du Chemin	2 967 289 $	2 867 200 $	100 089 $			
12399820	La Champenoise (Corporation N.-D. de Bon-Secours)	448 496 $	432 540 $	15 956 $			
13027073	Centre d'hébergement du Boisé	3 899 197 $	3 432 330 $	466 867 $			
23190218	Le Centre d'accueil Nazareth	3 887 420 $	3 730 662 $	156 758 $			
25457094	Hôpital Ste-Monique	3 490 040 $	3 360 060 $	129 980 $			
27508456	Centre d'hébergement St-Jean-Eudes	11 180 758 $	10 664 272 $	516 486 $			
28694321	CH St-François	1 966 003 $	1 892 513 $	73 490 $			
51230175	CH Champlain des Montagnes	5 115 680 $	4 901 152 $	214 528 $			
54583091	CHSLD St-Augustin	5 114 070 $	4 915 903 $	198 167 $			
	Sous-total	38 068 953 $	36 196 632 $	1 872 321 $			

CODE	NOM	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2007-2008 (Note 1)	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2006-2007 (Note 1)	BUDGET NET ÉCART 2007-2008 ET 2006-2007	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2007-2008 Activités principales et accessoires	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2006-2007 Activités principales et accessoires	ÉCART 2007-2008 ET 2006-2007
	SOMMAIRE						
	CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE	948 774 329 $	889 406 983 $	59 367 346 $	(9 279 631 $)	(10 941 523 $)	1 661 892 $
	CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	21 332 204 $	19 576 209 $	1 755 995 $	30 340 $	50 371 $	(20 031 $)
	CENTRES DE RÉADAPTATION	107 230 545 $	101 345 524 $	5 885 021 $	773 866 $	134 832 $	639 034 $
	CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	402 061 747 $	376 477 794 $	25 583 953 $	1 148 679 $	811 096 $	337 583 $
	CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION	72 229 411 $	68 442 017 $	3 787 394 $	785 147 $	333 523 $	451 624 $
	CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS	38 068 953 $	36 196 632 $	1 872 321 $			
	TOTAL	1 589 697 189 $	1 491 445 159 $	98 252 030 $	(6 541 599 $)	(9 611 701 $)	3 070 102 $

Note 1: Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionnalisé (SBF-R)

4.1.2 RESSOURCES FINANCIÈRES – RÉSEAU

ALLOCATION POUR LE FINANCEMENT DES SERVICES OFFERTS À LA POPULATION

Au cours de l'exercice, l'Agence a attribué, pour le fonctionnement des activités des établissements et des organismes de la région, un montant de 1 709, 054 M$, ce qui représente une augmentation de 105, 055 M$ comparativement à l'exercice précédent.

Cette augmentation est composée des éléments suivants :

	M$
Effet associé à la croissance du système salarial et des autres dépenses	69,960
Financement spécifique pour la croissance du coût des médicaments et des volumes d'activité additionnels	11,653
Santé physique	
➢ Système du sang, services neurosciences et autres	3,725
➢ Accès à la chirurgie	4,200
➢ Désengorgement des urgences	2,509
➢ Consolidation des activités des unités de médecine familiale	0,866
Groupe de médecine de famille	1,170
Ressources intermédiaires et familles d'accueil	1,067
Santé publique	0,422
Santé mentale	0,443
Violence	0,793
Dépendance	0,355
Services aux jeunes et à leur famille	1,216
Personnes en perte d'autonomie	4,144
Troubles envahissants du développement	0,310
Services préhospitaliers d'urgence	1,720
Autres	0,502
	105,055

SUIVI FINANCIER DU RÉSEAU

Pour l'année 2007-2008, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est améliorée par rapport à l'exercice précédent.

Aussi, les résultats financiers de l'ensemble du réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2008, incluant les activités accessoires, montrent un déficit global de 6 541 M$. Les établissements en déficit sont les suivants :

	M$
Centre hospitalier universitaire de Québec	9,680
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec	1,336
Hôpital Laval	1,203

AUTORISATION D'EMPRUNT

Au cours de l'année 2007-2008, l'Agence a émis deux autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés totalisant la somme de 523 000 $, ce qui représente le montant initialement approuvé.

Établissements	**Nombre d'emprunts**	**Emprunt total**
CSSS de Québec-Nord	1	218 000 $
CSSS de Charlevoix	1	305 000 $
Total	**2**	**523 000 $**

IMMOBILISATIONS

Chaque année, le Ministère alloue à chacune des régions des crédits pour le plan de conservation et de fonctionnalités immobilières (PCFI). Ainsi, pour l'année 2007-2008, la région a reçu 12 073 127 $ pour le volet « Rénovations fonctionnelles » pour les établissements autres que les CHSLD et 35 289 814 $ pour le volet « Maintien d'actifs ».

Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières
2007- 2010
Enveloppes budgétaires 2007-2008 réparties par établissement

	Rénovation fonctionnelle	Maintien des actifs
CSSS de Charlevoix	394 557 $	1 132 000 $
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	11 000 $	530 000 $
CH Robert-Giffard	1 352 000 $	5 359 400 $
CHA	2 956 500 $	6 493 500 $
Hôpital Laval	1 701 000 $	2 832 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale	65 000 $	2 532 200 $
CSSS de Québec-Nord	15 000 $	777 635 $
CSSS de Portneuf	318 000 $	730 000 $
Agence de la santé et des services sociaux	42 000 $	51 730 $
CHUQ	3 529 362 $	10 939 000 $
IRDPQ	903 500 $	2 057 660 $
CRDIQ	240 000 $	314 000 $
Centre jeunesse de Québec	299 000 $	1 031 000 $
Frais de gestion alloués à l'Agence par le Ministère	225 000 $	N/A
Réserve pour projets spéciaux ou urgents	21 208 $	509 689 $
Total :	**12 073 127 $**	**35 289 814 $**

Ces attributions sont en fonction des crédits alloués par le Ministère pour l'exercice 2007-2008.

D'autre part, en février 2007, le ministre Philippe Couillard annonçait les projets de rénovations fonctionnelles majeures et mineures en regard du volet immobilier du « Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie », déposé par l'Agence.

Ainsi, les projets suivants ont été annoncés :

RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MAJEURES
(Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie)

ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION)	PROJET	ÉTAPE AUTORISÉE	BUDGET ACCORDÉ
CSSS de Québec-Nord ➢ Centre d'hébergement Saint-Augustin	Réaménager les étages 1, 2, 3 et 4 pour adapter les toilettes des chambres, ajouter des salons, des salles à manger, etc.	PFT	12 000 000 $
CSSS de Québec-Nord ➢ Foyer de Loretteville	Agrandissement pour ajouter 64 lits.	PFT	8 000 000 $
CSSS de Portneuf	Construction d'un CHSLD de 32 lits sur le terrain du CLSC.	Mise à l'étude	10 200 000 $
		TOTAL :	**30 200 000 $**

RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES
(Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie)

ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION)	PROJET	BUDGET ACCORDÉ
CSSS de Charlevoix	Installation de lève-patients sur rails.	203 000 $
CSSS de Portneuf		410 000 $
Centre hospitalier Robert-Giffard		638 650 $
Saint Brigid's Home inc.		202 000 $
Hôpital Jeffery Hale		221 250 $
CSSS de la Vieille-Capitale		2 827 000 $
Centre hospitalier Saint-François inc.		213 500 $
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.		296 000 $
Hôpital Saint-François d'Assise (unité de transition Saint-Jean-Eudes aile « D » SFA)		324 000 $
Centre d'accueil Nazareth inc.		90 000 $
Hôpital Sainte-Monique inc.		92 600 $
Vigi Santé ltée		37 000 $
CSSS de Charlevoix	Aménagement d'une unité de vie de 15 lits en CHSLD à l'Hôpital Baie-Saint-Paul.	1 450 000 $
CSSS de Québec-Nord	Transformation de chambres multiples en chambres doubles ou simples.	12 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale		1 570 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale	Aménagement d'une unité prothétique.	1 500 000 $

Centre d'accueil Nazareth inc.	Travaux pour la sécurité des patients.	20 000 $
Hôpital Sainte-Monique inc.		18 000 $
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.		25 000 $
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.	Installation d'un bain thérapeutique.	50 000 $
	TOTAL :	**10 200 000 $**

Par ailleurs, dans le cadre des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 2 M$, les projets suivants méritent d'être soulignés :

PROJETS DE PLUS DE 2 M$

PROJET	ÉTAPE AUTORISÉE	COÛT
Pavillon des sciences neurologiques – HEJ	Programme fonctionnel et technique.	72 M$
Agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec		532 M$
Centre de recherche de l'Hôpital Laval – phase C de l'étape 3 (inclus équipements : 512 000 $)		8,17 M$
Agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ		18,7 M$
Centre de recherche de l'Hôpital Laval – phase A de l'étape 3 (inclus équipements : 348 000 $)	Plans et devis.	2,35 M$
Centre de recherche de l'Hôpital Laval – phase B de l'étape 3 (inclus équipements : 880 000 $)		2,57 M$
Aménagement de l'Unité de médecine familiale Laval dans le pavillon Marguerite d'Youville de l'Hôpital Laval (inclus équipements : 250 000 $)		2,12 M$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier du Centre hospitalier Robert-Giffard	En construction.	42 M$
Construction d'une maison de naissance dans l'arrondissement de Limoilou		3,1 M$
Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec (CUOQ)		15,0 M$
Projet autofinancé d'agrandissement et de réaménagement du CLSC Haute-Ville (55, chemin Sainte-Foy)		3,71 M$
Relocalisation de la Résidence Saint-Charles dans un nouvel édifice (128 lits)		27,5 M$
Réaménagement de l'unité de courtée durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus		2,0 M$
Centre de recherche – deuxième phase de l'Hôpital Laval		27,6 M$
Urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus		20,1 M$

Relocalisation du Centre hospitalier Saint-Sacrement ltée (64 lits) dans un nouvel édifice	Travaux complétés en cours d'année.	13,2 M$
Relocalisation du siège social du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec		4,7 M$

ÉQUIPEMENTS

Attribution du solde du fonds régional des équipements 2007-2008	**8 069 100 $**
➢ Renouvellement d'équipements médicaux spécialisés (PTE)	3 519 831 $
➢ Budget de renouvellement des autres équipements (BRE)	2 809 385 $
➢ Actifs informationnels - Établissements	251 215 $
➢ Actifs informationnels - Technocentre régional	350 000 $
➢ Remplacement de véhicules pour le transport des bénéficiaires	275 000 $
➢ Cotisation annuelle - Système de valeur de remplacement	12 123 $
➢ Lits électriques en CHSLD privés conventionnés	300 000 $
➢ Réserve régionale	551 546 $
Dépenses de nature capitalisable	**4 108 465 $**
Autorisations particulières (programme haute technologie)	**12 940 000 $**
➢ Analyseurs de biochimie à l'Hôpital Jeffery Hale	105 000 $
➢ Système de radiographie au Centre hospitalier Robert-Giffard	135 000 $
➢ Équipements d'endoscopie au CHA	270 000 $
➢ Deux accélérateurs linéaires à l'Hôtel-Dieu de Qubéec au CHUQ	6 160 000 $
➢ Système de radioscopie numérique et SPECT-CT à l'HDQ au CHUQ	1 640 000 $
➢ Équipements chirurgicaux au CHUQ	1 050 000 $
➢ Équipements d'endoscopie au CSSS de Charlevoix	210 000 $
➢ Appareil de mammographie au CSSS de Portneuf	130 000 $
➢ Système de radiographie au CSSS de Québec-Nord	135 000 $
➢ Syatème d'angiographie cardiaque bi-plan à l'Hôpital Laval	2 130 000 $
➢ Échographe cardiaque à l'Hôpital Laval	225 000 $
➢ Système de monitorage physiologique par télémétrie à l'Hôpital Laval	750 000 $
Autorisations particulières	**3 860 000 $**
➢ Acquisition de petits équipements destinés à soutenir les infirmières travaillant à l'urgence ou aux soins intensifs des établissements ciblés par le Ministère	460 000 $
➢ Rehaussement des appareils et des logiciels utilisés dans l'identification d'anomalies fœtales au CHUQ	200 000 $
➢ Acquisition et installation d'un appareil de tomographie par émission de positrons combiné à un tomodensitomètre (TEP-TDM) à l'Hôpital Laval	3 200 000 $
Autorisations particulières (projet de construction)	**10 064 000 $**
➢ Équipement médical, informatique, ordinaire et mobilier pour le Centre universitaire de l'œil de Québec à l'Hôpital due Saint-Sacrement au CHA	4 071 000 $
➢ Équipement médical, informatique, ordinaire et mobilier pour l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus au CHA	4 775 000 $
➢ Mobilier et équipement médical spécialisé pour le CHSLD St-Sacrement ltée	1 218 000 $

Aides techniques aux personnes handicapées - Subvention récurrente 2007-2008	**142 524 $**
➢ Aides à la ventilothérapie à domicile et équipements amortissables en oxygénothérapie - récurrent - (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement d'équipements pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile - Hôpital Laval	142 524 $
«Équipements - Soutien à domicile» - Subvention non récurrente 2007-2008	**1 356 571 $**
➢ Équipements diagnostiques et médicaux destinés au service et soutien à domicile (SAD) / Ensemble des CSSS	372 502 $
➢ Aides à la ventilothérapie à domicile et équipements amortissables en oxygénothérapie - non récurrent - (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement d'équipements pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile - Hôpital Laval	270 206 $
➢ Équipements diagnostiques et médicaux destinés au service et soutien à domicile (SAD) pour le Parc régional centralisé des aides techniques - CSSS Québec-Nord	713 863 $
TOTAL	**40 540 660 $**

Autres subventions	
Projets Fondation canadienne pour l'Innovation	**1 338 800 $**
TOTAL	**1 338 800 $**

4.1.3 SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence s'est dotée, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), de la Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Cette politique a été mise à jour en décembre 2004. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et de reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires pour l'année financière 2007-2008 l'a été dans le respect des orientations et des normes édictées par cette politique.

Type d'organismes communautaires	Nombre d'organismes
1. Organismes en promotion et services	202
2. Organismes en maintien à domicile	34
Total	**236**

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES [20]

SOMMAIRE	Subventions récurrentes $	%	Subventions non récurrentes	Total	%
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES					
Financement de base					
Aide et entraide	7 583 402 $		0 $	7 583 402 $	
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 504 886 $		0 $	1 504 886 $	
Hébergement communautaire	5 276 118 $		0 $	5 276 118 $	
Milieux de vie	12 510 499 $		0 $	12 510 499 $	
Financement par objectifs	6 597 549 $		0 $	6 597 549 $	
Sous-total	**33 472 454 $**	93,98 %	**0 $**	**33 472 454 $**	92,67 %
PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE					
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes	13 332 $		0 $	13 332 $	
Violence faite aux femmes en milieu familial	98 340 $		0 $	98 340 $	
Toxicomanie	18 034 $		0 $	18 034 $	
Santé mentale	129 009 $		0 $	129 009 $	
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	115 300 $		0 $	115 300 $	
Lutte à la pauvreté	151 246 $		0 $	151 246 $	
Sous-total	**525 261 $**	1,47 %	**0 $**	**525 261 $**	1,45 %
AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT					
Activités en santé mentale	432 033 $		0 $	432 033 $	
Autres montants récurrents	1 043 833 $		0 $	1 043 833 $	
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	144 229 $		0 $	144 229 $	
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie			25 000 $	25 000 $	
Autres montants non récurrents			478 043 $	478 043 $	
Sous-total	**1 620 095 $**	4,55 %	**503 043 $**	**2 123 138 $**	5,88 %
TOTAL	**35 617 810 $**	100,00 %	**503 043 $**	**36 120 853 $**	100,00 %

[20] L'information détaillée sur le financement accordé par organisme communautaire est présentée à l'annexe 15.

4.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Michel Fontaine
Président-directeur général

François Dion
Directeur du financement
et des immobilisations

4.3 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL ET ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE

4.3.1 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2008 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 6 juin 2008. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 18 août 2008

4.3.2 FONDS D'EXPLOITATION

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS				
Subventions du Ministère				
- Budget signifié	14 241 979	13 978 175	284 000	69 385
- Augmentation du financement		129 675		
	14 241 979	14 107 850	284 000	69 385
Revenus d'intérêts	15 795	15 335	111 661	111 189
Revenus d'autres sources				
- Contributions de l'avoir-propre	180 000	570 000		
- Contributions de fonds affectés	225 000	225 000		
- Autres	3 614 980	2 931 158	206 688	115 456
	18 277 754	17 849 343	602 349	296 030
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS				
Charges d'exploitation				
- Salaires - personnel cadre	2 136 000	1 848 033		
- Salaires - personnel autre	7 495 484	7 387 179	94 718	68 023
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	346 876	297 492		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	1 672 704	1 437 426		10 122
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	299 088	23 154		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	416 934	234 815		119
- Charges sociales - personnel cadre	228 370	197 279		
- Charges sociales - personnel autre	974 208	924 751	9 597	7 856
- Frais de déplacement et d'inscription	231 725	264 661	818	2 035
- Services achetés	1 236 801	1 361 441	50 469	3 350
- Communications	251 743	325 505	59 957	53 021
- Loyer	1 104 361	1 165 367	29 028	41 094
- Location d'équipement	53 965	57 519		
- Fournitures de bureau	249 539	343 913		
- Autres frais	1 313 251	1 081 646	207 732	2 839
- Charges non réparties	17 812	222 496		
- Transfert de frais généraux	(191 000)	(189 800)		
	17 837 861	16 982 877	452 319	188 459
Dépenses d'immobilisations	434 051	832 031		
	18 271 912	17 814 908	452 319	188 459
EXCÉDENT	5 842	34 435	150 030	107 571

4.3.3 FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	4 082 890	4 974 584
Contributions des établissements	785 466	3 252 898
Revenus d'intérêts	250 091	220 331
Contributions de fonds affectés	226 019	383 046
Revenus d'autres sources	2 973 779	643 291
	8 318 245	9 474 150
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
Charges d'exploitation		
- Salaires - personnel cadre	360 027	111 274
- Salaires - personnel autre	2 162 505	2 704 640
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	33 882	15 634
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	444 612	454 968
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	332	1 600
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	95 279	59 586
- Charges sociales - personnel cadre	23 048	12 156
- Charges sociales - personnel autre	296 473	340 066
- Frais de déplacement et d'inscription	87 069	122 257
- Services achetés	3 455 594	3 212 203
- Communications	27 025	32 546
- Loyer	60 124	34 868
- Location d'équipement	2 799	8 446
- Fournitures de bureau	38 986	56 181
- Autres frais	737 498	401 657
- Transferts de frais généraux	191 000	189 800
- Contributions à des fonds affectés		
- Autres	378 925	778 623
	8 395 178	8 536 505
Dépenses d'immobilisations	1 298 851	583 518
	9 694 029	9 120 023
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(1 375 784)	354 127

4.3.4 FONDS COMBINÉS

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Fonds			
	Exploitation		Immobilisations	Activités régionalisées
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT (Note 3)	**242 599**	**2 026 546**	**13 103 082**	**7 675 543**
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	5 842	150 030		432 696
Régularisations - autres	668 026			2 073 370
Libération de surplus		283 300		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
- Fonds d'exploitation - activités principales			434 051	
- Fonds affectés			32 023 847	
- Fonds des activités régionalisées			1 298 851	
Autres	70 338			
	744 206	433 330	33 756 749	2 506 066
DÉDUCTIONS				
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits				1 808 480
Régularisations - autres	80 000			733 078
Libération de surplus	283 300			
Autres	280 189		24 638 368	
	643 489		24 638 368	2 541 558
VARIATION DE L'EXERCICE	100 717	433 330	9 118 381	(35 492)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	**343 316**	**2 459 876**	**22 221 463**	**7 640 051**

4.3.5 FONDS COMBINÉS

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

	Fonds			
	Exploitation		Immobilisations	Activités régionalisées
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	**1 107 710**	**1 381 265**	**100 727 040**	**6 528 890**
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	34 435	107 571		354 127
Régularisations - autres	242 452			1 531 431
Libération de surplus		1 107 710		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
- Fonds d'exploitation - activités principales			832 031	
- Fonds affectés			24 607 648	
- Fonds des activités régionalisées			583 518	
Autres				58 740
	276 887	1 215 281	26 023 197	1 944 298
DÉDUCTIONS				
Régularisations - autres	34 288	570 000	9 704 254	
Libération de surplus	1 107 710			
Régularisations (Note 3)			103 942 901	797 645
	1 141 998	570 000	113 647 155	797 645
VARIATION DE L'EXERCICE	(865 111)	645 281	(87 623 958)	1 146 653
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	**242 599**	**2 026 546**	**13 103 082**	**7 675 543**

4.3.6 FONDS COMBINÉS

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	1 634 724	2 357 217	7 987 541	7 430 552
Débiteurs				
- Ministère	29 493	16 576	193 930	167 200
- Établissements	206 084	287 570	73 193	1 151 286
- Autres	2 627 899	1 368 456	2 371 833	472 582
Taxes à recevoir	4 945	56 661	148 880	88 328
	4 503 145	4 086 480	10 775 377	9 309 948
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			1 066 131	356 196
Créditeurs				
- Ministère		43 979		733 612
- Établissements	147 154	340 643	52 472	116 714
- Autres	1 461 483	1 359 373	2 016 723	427 883
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	7 961	230		
Autres revenus reportés	83 355	73 110		
	1 699 953	1 817 335	3 135 326	1 634 405
SOLDE DE FONDS	2 803 192	2 269 145	7 640 051	7 675 543
	4 503 145	4 086 480	10 775 377	9 309 948

4.3.7 FONDS D'IMMOBILISATIONS

BILAN

Au 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
IMMOBILISATIONS	168 448 898	117 045 983
	168 448 898	117 045 983
PASSIF		
Autres éléments	17 854 913	
Marges de crédit enveloppes décentralisées	124 154 824	91 105 680
À long terme	4 217 698	12 837 221
	146 227 435	103 942 901
SOLDE DE FONDS	22 221 463	13 103 082
	168 448 898	117 045 983

4.3.8 FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

BILAN

Au 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent (redressé) $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	3 963 147	4 761 818
Débiteurs		
- Ministère - subvention	223 440 547	155 566 745
- Ministère - subvention pour intérêts sur emprunts	1 169 885	1 268 847
- Établissements	48 579 300	64 804 570
- Taxes à recevoir	353 843	408 317
- Autres	1 057 089	271 011
Autres éléments	143 563	1 122
	278 707 374	227 082 430
À long terme - Enveloppes décentralisées	178 613 515	181 344 973
	457 320 889	408 427 403
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	1 408 881	466 032
Emprunts de banque	48 579 300	64 794 717
Intérêts sur emprunts à payer	1 169 885	1 268 847
Créditeurs et charges à payer		
- Établissements	218 363 881	152 403 920
- Organismes		6 850
- Autres	127 175	426 119
Autres éléments	525 229	11 559
	270 174 351	219 378 044
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	178 613 515	181 344 973
	448 787 866	400 723 017
SOLDE DE FONDS	8 533 023	7 704 386
	457 320 889	408 427 403

4.3.9 FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE DU DÉBUT	7 704 386	7 515 199
Ajustements	22 040 907	11 888 289
Récupération par le Ministère	(3 117)	(1 144)
Solde du début après ajustements et récupération	29 742 176	19 402 344
AUGMENTATION		
Ministère	162 010 958	122 802 225
Ministère - crédits régionaux	19 570 662	22 001 684
Subventions pour intérêts sur emprunts	1 402 964	1 512 731
Revenus d'intérêt	285 314	301 125
Autres	25 143 066	23 885 963
	208 412 964	170 503 728
DIMINUTION		
Attributions		
- Établissements	144 660 575	110 806 754
- Organismes		1 000
Intérêts sur emprunts	1 401 055	1 512 731
Contributions au fonds d'exploitation	225 000	225 000
Contributions au fonds des activités régionalisées	138 970	291 000
Charges d'exploitation :		
- Salaires	143 562	97 954
- Avantages sociaux	31 337	
- Charges sociales	17 903	9 791
- Frais de déplacement et d'inscription	5 518	5 301
- Services achetés	559 925	318 982
- Location d'équipement	1 074	636
- Fournitures de bureau	6 667	2 252
- Autres charges d'exploitation	30	92 956
Dépenses d'immobilisations	32 023 847	24 607 648
Autres	50 406 654	44 229 681
	229 622 117	182 201 686
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	8 533 023	7 704 386

4.3.10 FONDS DES IMMOBILISATIONS

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	2 887 532	3 330 253
Ajustements	7 210 854	2 093 721
Solde du début après ajustements	10 098 386	5 423 974
PROVENANCE		
Ministère	60 045 841	44 194 675
Subvention pour intérêts sur emprunts	410 076	440 129
Revenus d'intérêts	90	
Ministère - intérêts dettes à long terme	16 705 209	15 728 633
	77 161 216	60 363 437
ATTRIBUTIONS		
Établissements	65 695 862	46 506 117
Intérêts sur emprunts	410 076	440 129
Contributions au fonds d'exploitation	225 000	225 000
Frais d'intérêts dettes à long terme	16 705 209	15 728 633
	83 036 147	62 899 879
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**4 223 455**	**2 887 532**

4.3.11 FONDS DES ÉQUIPEMENTS

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	721 502	682 566
Ajustements	14 553 991	9 753 210
Solde du début après ajustements	15 275 493	10 435 776
PROVENANCE		
Ministère	96 472 033	77 741 550
Subvention pour intérêts sur emprunts	990 979	1 072 602
Revenus d'intérêts	5 319	(2 400)
Contributions d'autres fonds affectés		8 590
Autres	10 000	
	97 478 331	78 820 342
ATTRIBUTIONS		
Établissements	78 964 713	62 639 546
Intérêts sur emprunts	990 979	1 072 602
Contributions au fonds des activités régionalisées	138 970	200 000
Contributions à d'autres fonds affectés		10 720
Dépenses d'immobilisations	32 012 303	24 607 648
Autres	42 601	4 100
	112 149 566	88 534 616
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**604 258**	**721 502**

4.3.12 FONDS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	565 840	482 833
PROVENANCE		
Ministère - Crédits régionaux	19 570 662	18 520 822
Revenus autonomes	7 926 612	7 528 006
Revenus d'intérêts	127 546	160 800
Autres	2 550	2 350
	27 627 370	26 211 978
ATTRIBUTIONS		
Contrats minimaux de services d'ambulance	23 174 424	21 036 821
Particularités régionales	36 463	52 082
Éléments rectifiables	506 297	502 059
Centre de communication santé	3 339 036	2 667 972
Formation	240 374	79 986
Assurance qualité	11 215	12 677
Allocation de retraite	30 612	
Médicaments	54 075	49 662
Attribution à des établissements		1 477 673
Ajustements des années antérieures	39 332	5 544
Premiers répondants	17 386	
Déplacement des usagers	10 000	
Charges d'exploitation		
-Salaires	45 348	57 200
-Avantages sociaux	14 255	
-Charges sociales	7 065	5 881
-Services achetés	124 244	127 260
Autres	104 309	54 174
	27 754 435	26 128 971
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**438 775**	**565 840**

4.3.13 ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2008

	Exercice courant $	Exercice précédent (1) $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant des allocations de l'enveloppe régionale finale (nette) 2007-2008 inscrit dans le système SBF-R	**1 709 054 186**	
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 624 932 652	
Allocations aux organismes communautaires	36 197 423	
Allocations à d'autres organismes	8 577 969	
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 669 708 044	
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence	28 808 327	
Autres allocations versées	25 800	
	1 698 542 171	
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	**10 512 015**	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	7 346 372	
Comptes à payer non signifiés	199 600	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	399 883	
Comptes à payer non signifiés	2 226 820	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**10 172 675**	
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	**339 340**	
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS	---	

(1) Compte tenu des changements apportés à la présentation de l'État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008, les données ne peuvent être présentées sur une base comparative au prix d'un effort raisonnable.

4.4 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Exercice terminé le 31 mars 2008

NOTE 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Conventions comptables en vigueur

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties et les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. De plus, les immobilisations corporelles et actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquent ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'incidence de ces redressements peut être déterminée;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions liées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités liées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté, car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, d'activités régionalisées et affectés se retrouvent à la note 4.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu du fait que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Modifications futures de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, l'Agence appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés quant aux nouveaux chapitres suivants : 3031 - « Stocks ». Ce dernier prescrit le traitement comptable des stocks, notamment sur la détermination du coût et sa comptabilisation ultérieure en charges, y compris toute dépréciation jusqu'à la valeur nette de réalisation.

Par ailleurs, l'ICCA a également publié le chapitre 3064 - « Écarts d'acquisition et actifs incorporels » en remplacement des chapitres 3062 - « Écarts d'acquisition et autres actifs incorporels », et 3450 - « Frais de recherche et de développement ». Ce nouveau chapitre établit des normes de comptabilisation, d'évaluation et d'information applicables aux écarts d'acquisition et aux actifs incorporels, y compris les actifs incorporels générés en interne. Ce chapitre s'appliquera aux états financiers des exercices ouverts à compter du 1er octobre 2008.

La direction estime qu'il n'y aura pas d'incidences significatives sur ses états financiers au regard de l'application de ces nouvelles normes.

NOTE 3 - Correction d'erreurs dans les états financiers d'exercices antérieurs

Les chiffres du fonds d'immobilisations de l'exercice terminé le 31 mars 2007 ont été redressés afin d'apporter une correction dans la comptabilisation de la dette à long terme ainsi que du solde de fonds, compte tenu qu'une dette relative à des immobilisations appartenant à l'Agence avait été comptabilisée au fonds affecté des immobilisations au lieu du fonds d'immobilisations. Par le fait même, les chiffres du fonds affecté des immobilisations de l'exercice terminé le 31 mars 2007 ont également été redressés afin d'apporter une correction dans la comptabilisation du compte à recevoir du Ministère - enveloppes décentralisées ainsi que la dette à long terme - enveloppes décentralisées.

Ces redressements rétrospectifs ont eu pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants au 31 mars 2007 :

Fonds d'immobilisations	
Marges de crédit enveloppes décentralisées	91 105 680 $
Dette à long terme	12 837 221 $
Solde de fonds	(103 942 901 $)
Fonds affecté des immobilisations	
Compte à recevoir Ministère - enveloppes décentralisées	(103 942 901 $)
Dette à long terme - enveloppe décentralisées	(103 942 901 $)

NOTE 4 - Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2008	2007
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité.....	434 051 $	832 031 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité.....	1 298 851 $	583 518 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité.....	32 023 847 $	24 607 648 $

NOTE 5 - Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 20 000 000 $ et en équipements de 50 000 000 $, sur la base d'un taux équivalent à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixe pour un montant minimum de 100 000 $ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 $, une marge de crédit d'appoint est disponible. Le taux applicable sur ces avances est le taux de base de la Banque minoré de 1,00 %.

Le montant inutilisé au 31 mars 2008 est de 20 250 815 $, dont 1 943 718 $ sur la marge de 20 000 000 $ et 18 307 097 $ sur la marge de 50 000 000 $.

En date du 4 mars 2008, l'Agence s'est prévalue de la clause de renouvellement du contrat de services bancaires pour une période d'un an, venant à échéance le 31 mars 2009.

NOTE 6 - Provision pour vacances, congés de maladie

Les sommes à payer au 31 mars 2008 au regard des banques de vacances et congés de maladie cumulés incluent les charges sociales. Celles-ci ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2008	2007
Vacances	1 428 724 $	1 427 012 $
Congés de maladie	99 548 $	158 800 $
TOTAL	1 528 272 $	1 585 812 $

NOTE 7 - Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisation et des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2008	2007 (redressé)
Marge de crédit d'un montant autorisé de 198 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023	266 510 $	----------
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,97 % et 6,31 % est payable semestriellement	182 564 703 $	194 182 194 $
	182 831 213 $	194 182 194 $
Tranche échéant à moins d'un an	(14 014 904 $)	(30 664 200 $)
	168 816 309 $	163 517 994 $

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

Années	Montants
2009	14 014 904 $
2010	51 193 264 $
2011	19 453 743 $
2012	24 749 591 $
2013	26 910 825 $

NOTE 8 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2008, le taux de cotisation pour le RREGOP a augmenté de 7,06 % à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 7,78 % à 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

NOTE 9 – Engagements

L'Agence s'est engagée, avec la Corporation d'hébergement du Québec, en vertu d'un bail à long terme, échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble. À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux (2) périodes additionnelles de cinq (5) ans.

L'Agence a également conclu, avec la Corporation d'hébergement du Québec, une location d'immeuble. Le bail débute le 12 novembre 2007 et se termine le 11 novembre 2022. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une durée de cinq (5) ans.

De plus, en vertu d'un bail signé en mars 2008, l'Agence s'est engagée à utiliser des locaux situés à l'Aile «C» du Pavillon Arthur-Vallée du Centre hospitalier Robert-Giffard. Ce bail couvre la période du 1er septembre 2005 au 31 mars 2011. Au moins 12 mois avant la date d'échéance, à défaut de l'une ou l'autre des parties de signifier par lettre recommandée un avis de non-renouvellement en tout ou en partie, le bail se renouvelle d'année en année.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2008 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 965 034 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2009	1 732 814 $
2010	1 732 814 $
2011	1 732 814 $
2012	1 392 616 $
2013	1 392 616 $
2014 et subséquentes	10 476 603 $
	18 460 277 $

NOTE 10 - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

5

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS

5 LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le présent Code d'éthique et de déontologie est une version actualisée du document *Code d'éthique* adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés de coordination des services et de leur accès, l'Agence doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle de ces personnes en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de notre organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de cette dernière se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tous et chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement de nos administrateurs, de nos partenaires, de nos gestionnaires et de nos employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect de nos obligations déontologiques et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, par un règlement ou par un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

I PRINCIPES ÉTHIQUES

1 **Principes éthiques :** les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :

1.1 Impartialité : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.

1.2 Loyauté : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

1.3 Respect : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

II OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2 **Administrateurs :** les membres du conseil d'administration de l'Agence, incluant le président-directeur général, contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens, et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 Information : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 Discrétion : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 Prudence et diligence : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 Honnêteté : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il doit éviter de se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

2.5 Absence de conflit d'intérêts : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;

- doit révéler à l'Agence tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;

- doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;

- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 Acceptation d'avantages et rémunération : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 Service public : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État en santé et en services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 L'après-mandat : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant l'Agence pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3 **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de l'Agence, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Département régional de médecine générale, de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et du Forum de la population.

3.1 Service public : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, dont il est chargé en vue du mieux-être de la population.

3.2 Discrétion : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à l'Agence.

3.3 Honnêteté : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.

3.4 Conflits de rôles : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

4 **Gestionnaires :** les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de l'Agence assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de l'Agence.

4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.

Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.

4.2 Absence de conflit d'intérêts : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5 entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.

5 **Employés :** les employés de l'Agence sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, d'agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.

5.1 Information : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

5.2 Compétence : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire rendre les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et

satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens à sa disposition pour développer son expertise.

5.3 Assiduité : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.

5.4 Service public : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.

5.5 Discrétion : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 Absence de conflit d'intérêts : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions ».

Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 Exclusivité du service : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à l'Agence dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de l'Agence, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à l'Agence.

5.8 Honnêteté : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

III MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

6 Les personnes chargées de l'application du code

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de l'Agence.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

IV PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTION

7 Administrateurs et gestionnaires

7.1 La procédure disciplinaire et les sanctions applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.

7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

8 Partenaires et employés

8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par l'Agence.

8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.

DÉCLARATION

relative au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés

Je, _____

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires d'une personne morale, d'une société ou d'une entreprise commerciale identifiée ci-après :

   _____

   _____

   Nommer la personne morale, société ou entreprise concernée.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié nommé ci-après :

   _____

   _____

   Nommer la personne morale, la société, l'entreprise ou l'organisme concerné.

3. J'occupe les emplois suivants :

Titre d'emploi	Employeur

   Préciser l'emploi et nommer l'employeur.

4. Je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ _____,

le _____ 2008.

_____

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, partenaires, gestionnaires et employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

ANNEXES

ANNEXE 1
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : M^me^ Diane Morin

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE
1° Quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :	
Boivin, Brigitte	Responsable clinico-administrative des soins infirmiers, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Lacroix, Lucie	Infirmière clinicienne, Hôpital du Saint-Sacrement
dont une personne œuvrant pour un établissement visé à l'article 119[1] ou au premier alinéa de l'article 126[2] de la LSSSS[9] :	
Chabot, Dominique	Infirmière – Famille-enfance-jeunesse, CSSS de Québec-Nord
dont une personne œuvrant pour un établissement visé à l'article 120[3], 121[4], 124[5] ou 125[6] ou au deuxième alinéa[7] ou au troisième alinéa de l'article 126[8] de la LSSSS :	
Bean, Isabel	Infirmière clinicienne en cardiologie, Hôpital Laval
2° Deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :	
Pelletier, Thérèse	Directrice des soins infirmiers, L'Hôtel-Dieu de Québec, CHUQ
Petit, Suzanne	Directrice des soins infirmiers, Hôpital Laval
3° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :	
Giguère, Nicole	Enseignante-coordonnatrice – Responsable du programme de soins infirmiers, Cégep Limoilou
4° Une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :	
Morin, Diane	Doyenne, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
5° Deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :	
Bélanger, Ann	Infirmière auxiliaire, CSSS de Portneuf
Paquet, Sylvie	Infirmière auxiliaire, Hôpital du Saint-Sacrement, CHA

1 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CHSLD et un CH de moins de 50 lits.
2 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CLSC et un CH de moins de 50 lits ou un centre de santé.
3 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.
4 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes ayant une déficience physique.
5 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes.
6 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – CR pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation.
7 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CHSGS de plus de 50 lits ou un CH de soins psychiatriques.
8 Conseil d'administration d'un établissement exploitant un CHSGS désigné universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire.
9 *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2).

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE
6° Une personne désignée par les membres visés aux paragraphes 1° à 5°, reconnue pour son expertise de pointe comme une infirmière ou un infirmier praticiens :	
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers – CHSLD, CSSS de la Vieille-Capitale
7° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin :	
Fontaine, Michel	Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
8° Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :	
Bourdages, Chantal	Infirmière – Assistante à la coordonnatrice clinique et administrative des urgences, CSSS de Portneuf
Demers, Louise	Représentante de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec, Université Laval
Dionne, Louisette	Directrice adjointe, Centre hospitalier Robert-Giffard
Émond, Claire	Infirmière bachelière en périnatalité, CSSS de Charlevoix

ANNEXE 2
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidence : Vacant

	TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE
1°	**Trois professionnels du domaine social, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :**	
	Audet, Nicole	Agente de relations humaines, Centre jeunesse de Québec
	Nadeau, Sylvie	Gestionnaire services psychosociaux, Centre jeunesse de Québec
	Tremblay, Stéphane	Travailleur social, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
2°	**Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :**	
	Lavoie, Danie	Physiothérapeute, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
	Morin, Sylvie	Physiothérapeute, CHRG (clientèle adulte)
	Sonet, Martine	Chef de service audiologie et orthophonie, CHUQ
3°	**Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :**	
	Bilodeau, Steeve	Éducateur spécialisé, CSSS de la Vieille-Capitale
	Cain, Nancy	Technologiste en radio-oncologie, CHUQ
	Lafontaine, Annie	Technologiste médicale, Hôpital Laval
4°	**Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :**	
	Provencher, Monique	Adjointe au directeur des études – Cégep de Sainte-Foy
5°	**Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :**	
	Pépin, Geneviève	Professeure adjointe au Département de réadaptation, secteur ergothérapie, Université Laval
6°	**Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :**	
	Doré, François Y.	Directeur de l'École de psychologie, Université Laval
7°	**Le président–directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**	
	Fontaine, Michel	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
8°	**Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs**	
	Caron, Kathleen	Psychoéducatrice, CSSS de Portneuf
	St-Laurent, Anne	Travailleuse sociale, Hôpital Laval

ANNEXE 3
LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : Dr Jacques Villeneuve

NOM	DÉPARTEMENT OU POSTE ET PROVENANCE
1° Trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée venant de trois domaines cliniques différents :	
Dre Labonté, Édith	Psychiatrie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et CHRG
Dr Piedboeuf, Bruno	Pédiatrie, CHUQ
Dr Villeneuve, Jacques	Anesthésiologie, Hôpital Laval
2° Cinq à sept membres nommés par les membres élus parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée :	
Dr Brassard, Normand	Obstétrique-gynécologie, CHUQ
Dr Gariépy, Jean-Luc	Imagerie médicale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dr Latulippe, Lucien	Médecine, CHUQ
Dr Philippon, François	Cardiologie, Hôpital Laval
Dr Potvin, Martin	Chirurgie-anesthésiologie, CH de Charlevoix
Dr St-Pierre, Sylvain	ORLO et chirurgie buccale et maxillo-faciale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dre Trottier, Sylvie	Biologie médicale, Hôpital Laval
3° Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval :	
Dr Leblanc, Pierre	Vice-doyen aux affaires cliniques
4° Un résident en médecine à titre d'observateur nommé sur recommandation des membres élus :	
Dre Thida Khuong, Hélène	Résidente en neurochirurgie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
5° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin :	
Fontaine, Michel représenté par : Dre Fortin, Anne	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale Directrice des affaires médicales, universitaires et hospitalières, Agence

ANNEXE 4
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : Jean Robert

NOMS	OCCUPATION ET EMPLOYEUR	CENTRE OU ÉTABLISSEMENT
➢ **Le directeur général de l'établissement désigné, L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ou son représentant**		
King, Joanne	Directrice générale adjointe L'Hôpital Jeffery – Saint Brigid's	L'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's
➢ **Deux personnes issues des centres de santé et de services sociaux de la région**		
Boisvert, Lisane	Directrice des services généraux et de la santé publique Centre de santé et de services sociaux	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Matte, Hugues	Directeur général adjoint Centre de santé et de services sociaux	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
➢ **Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation; ou de réadaptation et d'intégration sociale**		
D[r] Dumais, Benoît	Directeur des services professionnels Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
➢ **Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques**		
M[e] Morency, Bernard	Directeur des affaires juridiques Centre hospitalier universitaire de Québec	Centre hospitalier universitaire de Québec – L'Hôtel-Dieu de Québec
➢ **Une personne issue du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire**		
Poste vacant	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
➢ **Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité**		
Grogan, Gertrude	Représentante du Comité des résidents Saint Brigid's Home – Jeffery Hale	Saint Brigid's Home – Jeffery Hale
➢ **Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socio-économiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région**		
Robert, Jean	Directeur - Campus director Cegep Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College	Cégep Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College
Walling, Richard	Directeur général Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale – Saint Brigid's	Corporation de Développement de Services Holland
Sheehan, Joan	Directrice générale Municipalité Saint-Gabriel-de-Valcartier	Garnison Valcartier
Golin Gignac, Jean-Sébastien	Directeur general adjoint Voice of English-speaking Québec	Voice of English-speaking Québec
➢ **Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne**		
Lecours, Carole	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE 5
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : M. Dominique Ainsley

TITULAIRE	PROVENANCE
1° Deux représentants du collège « pharmaciens propriétaires » :	
Fortin, Hélène	Laurier Lavoie, Marcel Tremblay, Hélène Fortin, pharmaciens
Gingras, Marie-Hélène	Gingras, Hébert et associés, pharmaciens
2° Deux représentants du collège « pharmaciens communautaires » :	
Bédard, Nathalie	Gingras, Hébert et associés, pharmaciens
Bourgault, Georges-Émile	Yves Boissinot et Andrée Thiffault, pharmaciens, s.e.n.c.
3° Deux représentants du collège « chefs de département » :	
Ainsley, Dominique	Hôpital Christ-Roi du CSSS de la Vieille-Capitale
Monfette, Guy	Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
4° Deux représentants du collège « pharmaciens en établissement » :	
Bouchard, Sylvie	L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ
Bourassa, Élisabeth	Hôpital du Saint-Sacrement du CHA
5° Un représentant désigné par le Conseil de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval :	
Lower, Jenny	Faculté de pharmacie, Université Laval
6° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :	
Fontaine, Michel	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE 6
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Chef de département : Dr Jacques Bouchard

NOM	MILIEU DE PRATIQUE MÉDICALE	TERRITOIRE	REPRÉSENTATIVITÉ
1° Trois médecins élus par et parmi les médecins membres du Département régional de médecine générale :			
Bouchard, Jacques	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier
Boucher, Guy	Hôpital Laval	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	UMF-Université
Lamontagne, Daniel	CSSS de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD
2° Neuf médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1° :			
Brunet, François	Hôpital général de Portneuf	Portneuf	CLSC
Cencig, Agnès	CSSS de Québec-Sud	Québec-Centre (Haute-Ville)	CLSC
Cholette, Pascale	CSSS de Québec-Sud	Québec-Centre (Basse-Ville)	CLSC
Chouinard, Guy	Clinique médicale du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels
Dubé, Serge	Clinique médicale Pierre-Bertrand	Vanier (Québec-Centre)	Cabinet privé de professionnels – GMF
Lachance, Pierre	Centre médical St-Louis	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Cabinet privé de professionnels
Leclerc, André	CSSS de Québec-Nord	De La Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels
Renaud, Pascal	CHA, Hôpital de l'Enfant-Jésus	Capitale-Nationale	Urgence
Robitaille, Michel	Clinique médicale Giffard	Orléans	CHSLD
3° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin qu'il désigne à cette fin :			
Fontaine, Michel	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		

ANNEXE 7
LISTE DES CLINIQUES-RÉSEAU

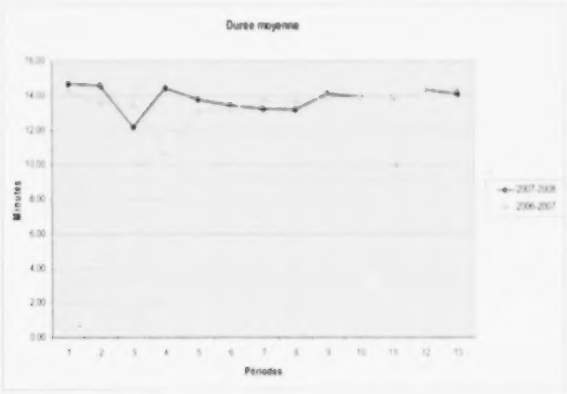
- Clinique-réseau Orléans
- Clinique-réseau Vanier–Des-Rivières
- Clinique-réseau Sainte-Foy–Laurentien
- Clinique-réseau Basse-Ville–Limoilou

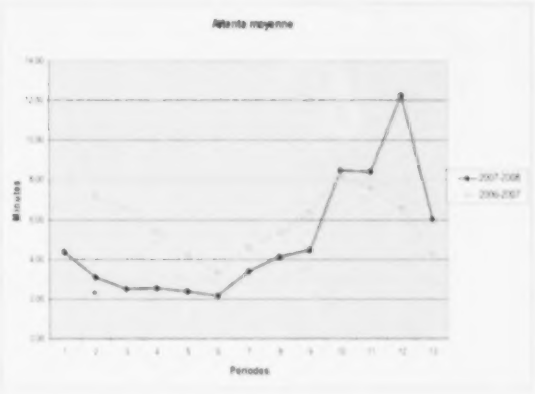
ANNEXE 8
LISTE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

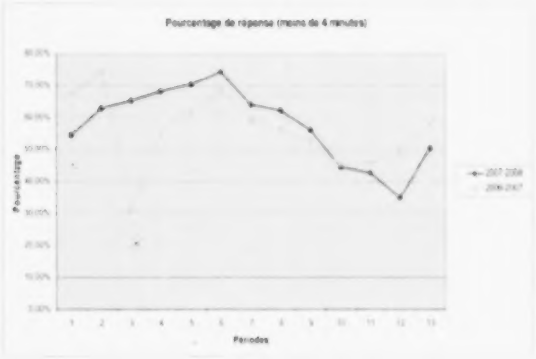
GMF Berger	GMF Du Chatel
GMF Cap-Rouge	GMF Loretteville
GMF Charlesbourg	GMF Neufchâtel
GMF Charlevoix-Est	GMF Orléans
GMF Charlevoix-Ouest	GMF Pierre-Bertrand
GMF Le Nordet	GMF Quatre-Bourgeois
GMF Unité de médecine familiale Maizerets	GMF Saint-Louis
GMF de l'Unité de médecine familiale du CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières	GMF Saint-Vallier
GMF du Carrefour	GMF Sillery
GMF du Centre médical Beauport	

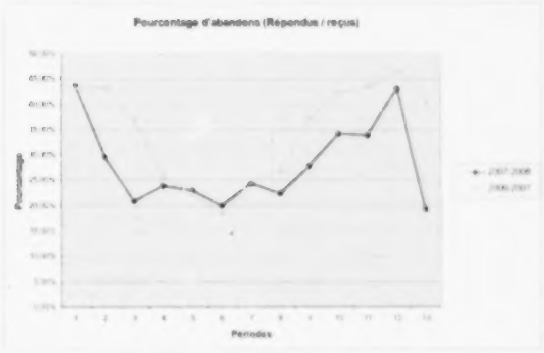
ANNEXE 9
SERVICES INFO-SANTÉ CLSC – NOMBRE D'APPELS TRAITÉS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Appels	2006-2007	2007-2008	Variation en %	
Appels traités (fiches d'appel)	147 558	142 911	3,15	↓
Appels répondus	154 522	152 356	1,5	↓
Appels reçus (téléphonie)	242 019	214 290	11,5	↓









ANNEXE 10
PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

SPÉCIALITÉS	CHUQ		CHA		Hôpital Laval		CHRG		CSSS Charlevoix		CSSS VC		CSSS Portneuf		CSSS QN		IRDPQ		Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's		Autres		TOTAL RÉGIONAL	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Allergie pédiatrique	0	5	1	2																			1	7
Allergie-immunologie	5	5																						
Anatomo-pathologie	16	16	11	12	3	3																	30	31
Anesthésiologie	45	43	33	33	14	15			1	2													93	93
Biochimie médicale	8	9	5	5	1	1																	14	15
Cardiologie	19	19	14	16	30	31											1	0					64	66
Cardiologie pédiatrique	4	5																					4	5
Chirurgie générale	15	15	14	14	6	6			2	4													37	39
Chirurgie G. pédiatrique	2	2																					2	2
Chirurgie vasculaire	6	8																					6	8
Chirurgie Thoracique					5	4																	5	4
Chirurgie orthopédique	18	19	11	12																			29	31
Chirurgie plastique	7	7	7	7																			14	14
CCVT					10	11																	10	11
Dermatologie	9	10	6	6	1																		16	16
Endocrinologie	9	10	3	4																			12	14
Endocrinologie pédiatrique	3	4																					3	4
Gastro pédiatrique	4	3																					4	3
Gastro-entérologie	10	12	8	8	1	1																	19	21
Génétique médicale	4	5																					4	5
Gériatrie	7	7	6	6	1	0																	14	13
Hématologie oncologie adulte	14	13	11	11	2	1																	27	25
Hématologie pédiatrique	3	4																					3	4
Médecine d'urgence	7	8	16	16																			23	24
Médecine interne	17	18	12	12	5	6									2	1							36	37

SPÉCIALITÉS	CHUQ		CHA		Hôpital Laval		CHRG		CSSS Charlevoix		CSSS VC		CSSS Portneuf		CSSS QN		IRDPQ		Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's		Autres		TOTAL RÉGIONAL	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Médecine nucléaire	6	6	3	3	2	3																	11	12
Microbiologie médicale	14	14	7	7	2	2																	23	23
Néphrologie	14	14			3	3																	17	17
Néphrologie pédiatrique	2	2																					2	2
Neurologie	5	5	16	16			2	2															23	23
Neurologie pédiatrique	4	5																					4	5
Neurochirurgie			10	11																			10	11
Obstétrique-gynécologie	42	47	5	0																				47
Ophtalmologie			31	31					1	1													32	32
Otorhinolaryngologie	14	14	8	9							1	0											23	23
Pédiatrie générale	24	23	1	3																			25	26
Pédiatrie mal infectieuses	3	2																					3	2
Pédiatrie néonatologie	9	9																					9	9
Pédiatrie soins intensifs	4	4																					4	4
Pédiatrie urgence	0	0																					0	0
Physiatrie	1	2	5	5													3	4	1	1			10	12
Pneumologie	4	4	4	5	20	21																	28	30
Pneumologie pédiatrique	3	3																					3	3
Pédopsychiatrie	19	19							0	1													19	20
Psychiatrie adulte	6	0	17	0	1	0	74	96															98	96
Radiologie diagnostique	30	31	22	19	10	9			1	1	0	1			1	1			1	0			65	62
Radio-oncologie	14	17																					14	17
Rhumatologie	8	8																					8	8
Rhumatologie pédiatrique	1	2																					1	2
Santé communautaire	20	17																					20	17
Urologie	14	14	2	3					1	1													17	18
Total	**493**	**509**	**289**	**276**	**117**	**117**	**76**	**98**	**6**	**10**	**1**	**1**	**0**	**0**	**3**	**2**	**4**	**4**	**2**	**1**	**0**	**0**	**939**	**1013**

EP : Effectifs en place
PR : PREM

ANNEXE 11
PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Établissements	PREM 2007	PEM ajusté après la diminution de 20 % à la suite de la lettre du ministre datée du 23 janvier 2007	Nombre de postes en moins prévu pour 2007 et 2008	Effectifs en place au 31 mars 2008
CHUQ (à l'exception de l'Hôpital Saint-François d'Assise)	131	105	26	117
CHA (à l'exception de l'Hôpital du Saint-Sacrement)	57	46	11	47
CSSS de Québec-Nord	95	76	19	76
CSSS de la Vieille-Capitale	84	67	17	81
CSSS de Portneuf	39	39	-	34
CSSS de Charlevoix	46	46	-	39
Centre hospitalier Robert-Giffard	21	21	-	14
Hôpital Laval	32	26	6	32
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	14	11	3	14
Hôpital Jeffery Hale et Saint Brigid's Home	21	17	5	11
		Diminution totale de postes :	**86***	

* **Création d'une banque de 86 postes réseau qui sera gérée par l'Agence et son Département régional de médecine générale.**

* **Note : La diminution du PEM de 20 % (depuis 2007) signifie que le remplacement de chaque départ de médecin doit recevoir une recommandation favorable du Département régional de médecine générale.**

ANNEXE 12
LISTE DES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Municipalité	Date de la mise en service
Shannon	1998
Saint-Ubalde	2000
Pont-Rouge	2000
Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000
Neuville	2001
Sainte-Brigitte-de-Laval	2004
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	2005
L'Ancienne-Lorette	2007

ANNEXE 13
TRANSPORTS AMBULANCIERS EFFECTUÉS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports 2006-2007	2007-2008
301 302 303 343	CHARLEVOIX	CTAQ	2 721	2 836
Sous-total			**2 721**	**2 836**
304	SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ	Ambulance Côte-de-Beaupré	1 761	1 794
305 306 307 308 309	QUÉBEC MÉTROPOLITAIN	Ambulances Inter-Cité Ambulances Nord-Sud CTAQ	40 585	42 846
Sous-total			**45 067**	**47 476**
310	SAINT-RAYMOND	Ambulances Portneuf	1 215	1 339
311	SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES	Ambulances Guy Denis & Fils Ambulances Paré	1 212	1 212
312	DONNACONA	Ambulance Benoît	1 380	1 468
342	PARC DES LAURENTIDES	CTAQ	85	73
346	SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	Ambulance Sainte-Catherine JC	337	349
Sous-total			**4 229**	**4 441**
TOTAL			**49 296**	**51 917**

Source : Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ).

ANNEXE 14
PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ÉDITION 2007-2008

La remise des Prix d'excellence ayant lieu le 2 octobre 2008, les lauréats ne pourront être connus avant cette date.

En 2006-2007, le docteur Pierre Fréchette, urgentologue au Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec, a reçu le prix Persillier-Lachapelle qui permet de reconnaître le caractère exceptionnel de l'ensemble d'une carrière. Le docteur Fréchette a joué un rôle de premier plan dans le développement de la traumatologie au Québec, notamment par la mise sur pied d'un programme exemplaire à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Le lauréat a également été associé à la mise en marche, dans les années 80, du programme d'évacuations aéromédicales du Québec.

ANNEXE 15
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

FINANCEMENT DE BASE

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	71 590 $	66 678 $
03-06312	AIDANTS (TES) NATURELS (LES) DE CHARLESBOURG (LES)	9 128 $	0 $
03-06159	AIDONS-LAIT	26 138 $	25 575 $
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	48 657 $	45 610 $
03-05855	ASSOCIATION BENEVOLE COTE DE BEAUPRE	70 865 $	66 979 $
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	92 965 $	86 949 $
03-05854	ASSOCIATION BENEVOLE DE L'ILE D'ORLEANS (L')	25 092 $	24 552 $
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE REGION DE QUEBEC	26 138 $	25 575 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULES F.L.A.M. (L')	124 882 $	122 119 $
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	26 138 $	25 575 $
	ASSOCIATION DES PERSONNES AIDANTES DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	15 000 $	0 $
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	39 300 $	38 454 $
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	69 765 $	65 277 $
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	70 984 $	67 164 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	320 020 $	313 131 $
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	51 172 $	48 070 $
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIE CHARLESBOURG	69 765 $	65 277 $
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	67 915 $	62 410 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	76 047 $	72 156 $
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	129 052 $	125 163 $
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	59 026 $	46 641 $
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUEBEC INC. (LE)	105 420 $	96 900 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	705 084 $	676 697 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	92 469 $	84 966 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	202 657 $	198 295 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	73 562 $	71 075 $
03-06006	CERCLE POLAIRE	126 452 $	123 730 $
03-00575	CHANTELAIT	26 138 $	25 575 $
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	53 718 $	50 562 $
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	51 281 $	48 177 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	91 131 $	85 798 $
03-05138	COMITE DE LA POPOTE DE CLERMONT	5 786 $	5 625 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Aide et entraide (suite)			
03-05562	COMITE DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	31 365 $	30 690 $
03-05121	COMITE NEUVILLE SE SOUVIENT	13 500 $	13 501 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	160 220 $	133 591 $
03-05113	COMITE VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	95 846 $	91 412 $
03-06094	COMMUNAUTE AGAPE DE QUEBEC	58 127 $	54 876 $
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	41 715 $	40 817 $
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	820 504 $	802 841 $
03-06194	ENTR'ACTES : L'INTÉGRATION PAR LES ARTS	74 103 $	69 137 $
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	112 880 $	103 534 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	48 775 $	45 026 $
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUEBEC	94 274 $	88 874 $
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	32 642 $	30 485 $
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	58 729 $	55 465 $
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	26 425 $	25 856 $
03-05198	EQUIPE BENEVOLE DE L'INSTITUT (L')	26 138 $	25 575 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	128 887 $	125 163 $
03-06186	G.R.I.S. - QUEBEC	46 868 $	43 859 $
03-01318	GRANDS FRERES ET GRANDES SOEURS DE QUEBEC INC. (LES)	48 013 $	44 979 $
03-05110	GROUPE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE SAINTE-FOY	42 725 $	37 655 $
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	123 224 $	119 457 $
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	9 770 $	0 $
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	560 109 $	548 052 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	26 138 $	25 575 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	109 228 $	81 906 $
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUEBEC	119 650 $	113 716 $
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	89 867 $	82 061 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	85 287 $	72 080 $
03-01469	MAMIE-LAIT	31 912 $	31 225 $
03-06007	MAREE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	227 592 $	217 693 $
03-01803	MOISSON QUEBEC INC.	53 451 $	50 300 $
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES A LA COMMUNAUTE DU CAP-ROUGE INC.	59 955 $	56 628 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ECOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	154 777 $	132 365 $
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTE MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	90 175 $	82 405 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Aide et entraide (suite)			
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	53 937 $	50 776 $
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	35 837 $	28 126 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	97 976 $	94 711 $
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	17 273 $	15 345 $
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	31 592 $	30 912 $
03-02350	REGROUPEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA DE QUEBEC ET DE LA REGION (RPVVIH)	85 304 $	83 468 $
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	54 549 $	51 375 $
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	57 515 $	54 277 $
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTEGRATION ET DE READAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	32 813 $	32 107 $
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	58 618 $	55 356 $
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	71 287 $	62 781 $
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLERIQUES DE CHARLEVOIX	104 748 $	99 122 $
03-03101	SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC (LA)	9 770 $	0 $
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	35 872 $	35 100 $
03-01872	TEL-AIDE QUEBEC INC.	110 103 $	104 362 $
	SOUS-TOTAL	**7 583 402 $**	**7 135 372 $**
Sensibilisation, promotion et défense des droits			
03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	125 083 $	122 390 $
03-06155	ASSOCIATION DES MALENTENDANTS QUEBECOIS INC.	47 214 $	44 198 $
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLEVOIX INC.	41 820 $	40 920 $
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE PORTNEUF	39 729 $	38 874 $
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTERESSEES A L'APHASIE (A.P.I.A.)	50 674 $	48 881 $
03-02575	ASSOCIATION DU QUEBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLEMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	54 131 $	50 966 $
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTEGRATION SOCIALE (REGION DE QUEBEC) (L')	26 138 $	25 575 $
03-06187	ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LES ENFANTS ATTEINTS D'AUDI-MUTITE, (AQEA) CHAPITRE DE QUEBEC INC.	65 889 $	59 100 $
03-02552	ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE, SECTION QUEBEC (A.Q.E.T.A.)	87 421 $	82 168 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Sensibilisation, promotion et défense des droits (suite)			
03-01011	AUTISME QUÉBEC	114 799 $	108 957 $
03-06061	AUTO-PSY (REGION DE QUEBEC)	70 038 $	68 530 $
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	107 254 $	103 535 $
03-06229	COMITE D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUEBEC	104 363 $	100 775 $
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	169 681 $	166 028 $
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	105 324 $	99 686 $
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTEGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	49 180 $	46 121 $
03-02035	SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET SEXUALITE DE QUEBEC	86 409 $	81 178 $
03-02409	VIOLENCE INFO	159 739 $	142 543 $
	SOUS-TOTAL	**1 504 886 $**	**1 430 425 $**
Hébergement communautaire			
03-06236	GITE DU NOMADE / Squat Basse-Ville	110 801 $	102 533 $
03-01344	GITE JEUNESSE INC.	379 513 $	346 199 $
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	347 791 $	144 610 $
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	602 775 $	520 523 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	572 137 $	476 303 $
03-00154	MAISON HELENE LACROIX	584 139 $	521 852 $
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	613 614 $	543 449 $
03-00715	MAISON LA MONTEE (LA)	551 795 $	486 240 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	612 665 $	510 502 $
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	330 655 $	313 912 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	570 233 $	494 307 $
	SOUS-TOTAL	**5 276 118 $**	**4 460 430 $**
Milieux de vie			
03-06141	AMICALE ALFA DE QUEBEC	48 266 $	45 227 $
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	470 696 $	457 384 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	225 321 $	191 606 $
03-03010	ASSOCIATION ALTI	71 104 $	67 127 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLESBOURG	67 720 $	60 891 $
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	111 513 $	105 742 $
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	62 325 $	54 482 $
03-06065	CAFE-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	60 594 $	57 290 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Milieux de vie (suite)			
03-06196	CENTRE CASA (1997)	139 554 $	136 550 $
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIE INC. (LE)	195 017 $	190 819 $
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	340 213 $	332 889 $
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	246 568 $	221 260 $
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	89 867 $	82 061 $
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	211 919 $	207 357 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	162 779 $	149 387 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	162 775 $	149 380 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	159 967 $	143 033 $
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	162 771 $	149 369 $
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUEBEC	161 573 $	146 592 $
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	26 138 $	25 575 $
03-03057	CENTRE RESIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	109 441 $	106 773 $
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	146 901 $	119 146 $
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (REGION DE QUEBEC)	186 667 $	182 649 $
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	169 044 $	165 405 $
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	202 210 $	194 486 $
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'EVASION L'ORMIERE	61 301 $	53 480 $
03-06137	DEMI-LUNE	105 071 $	98 938 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	122 132 $	117 866 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	138 169 $	131 824 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	352 944 $	326 266 $
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	135 771 $	114 041 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	311 566 $	253 105 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	164 093 $	143 613 $
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	118 816 $	116 258 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	142 244 $	139 182 $
03-00502	MAISON DE JOB	182 441 $	178 514 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	222 714 $	217 920 $
03-06213	MAISON DE TRANSITION L'ECLAIRCIE	266 118 $	221 389 $
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	147 074 $	143 908 $
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	118 107 $	111 501 $
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	77 563 $	71 446 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	110 000 $	104 261 $
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	61 397 $	53 574 $
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	85 050 $	78 772 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Milieux de vie (suite)			
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	133 517 $	121 413 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLEANS (LA)	91 361 $	80 893 $
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	35 638 $	25 575 $
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	33 138 $	25 575 $
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	61 942 $	54 108 $
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRE DE NEUFCHATEL (LA)	61 394 $	53 571 $
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	92 184 $	82 328 $
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	32 010 $	20 460 $
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	61 397 $	53 574 $
03-06224	MAISON DES JEUNES DE SAINT-EMILE	35 638 $	25 575 $
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	74 100 $	71 972 $
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	68 145 $	52 459 $
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	35 533 $	35 533 $
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	59 134 $	51 360 $
03-00768	MAISON DES JEUNES DECENTRALISEE DE BEAUPORT - SECTEUR OUEST	125 144 $	113 252 $
03-02102	MAISON DES JEUNES DECENTRALISEE DE BEAUPORT - SECTEUR EST	135 915 $	129 618 $
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	84 629 $	78 360 $
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	133 691 $	127 442 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHESE (LA)	107 967 $	102 272 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	40 447 $	35 075 $
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	108 722 $	104 261 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	124 898 $	122 145 $
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	107 120 $	104 261 $
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTEGRALE INC. (LA)	163 220 $	157 067 $
03-00229	MAISON L'ESPERANCE INC.	92 080 $	90 098 $
03-01804	MAISON MARIE FREDERIC	300 123 $	268 845 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	26 138 $	25 575 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUEBEC) A QUEBEC	446 871 $	437 251 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	193 947 $	189 772 $
03-06139	ORGANISATION QUEBECOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	73 831 $	71 508 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	769 787 $	753 216 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUEBEC INC.	163 429 $	159 911 $
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PREVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES (RAP JEUNESSE)	81 586 $	76 459 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Milieux de vie (suite)			
03-00210	RELAIS D'ESPERANCE	49 043 $	45 987 $
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	247 856 $	242 521 $
03-06161	RESIDENCE LE PORTAIL	228 979 $	224 050 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	57 765 $	56 522 $
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	157 976 $	154 575 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUEBEC)	89 793 $	81 978 $
03-06093	SOLIDARITE FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	26 138 $	25 575 $
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	124 685 $	121 803 $
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	66 350 $	59 551 $
03-01536	UNITE DOMREMY DE CLERMONT INC.	41 620 $	40 724 $
03-00140	VIOL-SECOURS	273 369 $	233 238 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	78 735 $	73 669 $
	SOUS-TOTAL	**12 510 499 $**	**11 679 315 $**
Financement par objectifs			
03-05111	ACTION BENEVOLE DE ST-BASILE INC.	3 976 $	3 890 $
03-02022	AIDE A LA COMMUNAUTE ET SERVICES A DOMICILE	25 780 $	25 225 $
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	63 419 $	62 054 $
03-06019	ARCHE L'ETOILE INC. (L')	357 297 $	349 606 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	70 020 $	68 513 $
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISES DE QUEBEC INC.	6 507 $	6 367 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	80 138 $	78 413 $
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	10 621 $	10 392 $
03-06193	ASSOCIATION POUR LA DEFENSE DES DROITS SOCIAUX QUEBEC METROPOLITAIN (ADDSQM)	6 278 $	6 143 $
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUEBEC	143 407 $	140 320 $
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	137 972 $	135 002 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	178 307 $	174 469 $
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	207 285 $	152 823 $
03-01904	CENTRE AUBERGE DES AINES DE ST-EMILE	6 554 $	6 413 $
03-00038	CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC INC.	54 497 $	53 324 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	2 187 491 $	2 140 402 $
03-06143	COMITE D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	80 467 $	78 735 $
03-01971	CORPORATION CITE-JOIE INC. (LA)	71 622 $	70 080 $
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	19 193 $	18 780 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	51 689 $	50 576 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008	Subvention accordée 2006-2007
Financement par objectifs (suite)			
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	26 840 $	26 262 $
03-06015	FONDATION FETE D'ENFANT DEDE INC.	18 184 $	17 793 $
03-06195	GROUPE DE RECHERCHE EN ANIMATION ET PLANIFICATION ECONOMIQUE (GRAPE)	20 376 $	19 937 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	378 772 $	370 618 $
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	10 685 $	10 455 $
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ENIGME DE BEAUPRE	40 676 $	32 951 $
03-05186	PATRO ROC-AMADOUR (1978) INC. (LE)	88 854 $	80 585 $
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	98 944 $	96 814 $
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	98 944 $	96 814 $
03-06168	PETIT REPIT (LE)	32 262 $	31 568 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990) INC.	324 295 $	317 314 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 011 065 $	989 301 $
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA REGION DE QUEBEC (03) PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX	16 268 $	15 918 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03	208 535 $	204 046 $
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPEES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	14 712 $	14 395 $
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	48 865 $	47 813 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	68 170 $	62 805 $
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	91 330 $	89 364 $
03-06173	SOCIETE ACTIONS-CHAMBREURS DE QUEBEC	195 359 $	181 369 $
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC (LA)	8 548 $	8 364 $
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA) / ROULOTTE LA MARGINALE	33 345 $	32 627 $
	SOUS-TOTAL	**6 597 549 $**	**6 378 640 $**
Total programme de soutien aux organismes communautaires		**33 472 454 $**	**31 084 182 $**

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes		
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	6 666 $
	MAISON DES ENFANTS DE LIMOILOU	6 666 $
	SOUS-TOTAL	**13 332 $**
Violence faite aux femmes en milieu familial		
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	21 734 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	11 046 $
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	11 046 $
03-00715	MAISON LA MONTEE (LA)	11 046 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	11 046 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	21 734 $
03-06283	TABLE DE CONCERTATION EN VIOLENCE DE CHARLEVOIX	10 688 $
	SOUS-TOTAL	**98 340 $**
Toxicomanie		
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	18 034 $
	SOUS-TOTAL	**18 034 $**
Santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	27 566 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	16 907 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	28 178 $
03-06230	FOLIE/CULTURE INC.	56 358 $
	SOUS-TOTAL	**129 009 $**
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées		
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIE CHARLESBOURG	18 034 $
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	3 380 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	3 380 $
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	22 543 $
03-06206	FADOQ- REGIONS DE QUEBEC ET CHAUDIERE-APPALACHES	39 789 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	11 831 $
03-03101	SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC (LA)	16 343 $
	SOUS-TOTAL	**115 300 $**
Lutte à la pauvreté		
03-00721	CARREFOUR F.M. PORTNEUF	11 834 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	13 440 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	13 440 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	34 314 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008
Lutte à la pauvreté (suite)		
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	27 416 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	8 274 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	13 440 $
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	29 088 $
	SOUS-TOTAL	**151 246 $**
	Total	**525 261 $**

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Activités en santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	59 836 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	28 745 $
03-06272	ÉQUITRAVAIL	225 418 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	15 330 $
03-06242	SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE L'APPUI INC. (LES)	102 704 $
	SOUS-TOTAL	**432 033 $**
Autres montants récurrents		
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	40 880 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULES F.L.A.M. (L')	
03-01011	AUTISME QUÉBEC	100 287 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	156 709 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	93 390 $
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	7 853 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	126 474 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	41 820 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	424 145 $
03-00140	VIOL-SECOURS	52 275 $
	SOUS-TOTAL	**1 043 833 $**
Programme d'aide aux joueurs pathologiques		
03-06267	CENTRE D'AIDE AUX JOUEURS COMPULSIFS	30 977 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	30 000 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	10 278 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	26 723 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	46 251 $
	SOUS-TOTAL	**144 229 $**

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2007-2008
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie		
03-06206	FADOQ- REGIONS DE QUEBEC ET CHAUDIERE-APPALACHES	25 000 $
	SOUS-TOTAL	**25 000 $**
Autres montants non récurrents		
03-06132	ARMÉE DU SALUT (L')	8 806 $
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	13 101 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	3 000 $
03-06129	C.E.R.F. VOLANT DE PORTNEUF INC.	3 066 $
03-06186	G.R.I.S. - QUEBEC	20 000 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	2 000 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	75 000 $
03-00502	MAISON DE JOB	48 480 $
03-02632	MAISON DE LA FAMILLE D.A.C. (DROIT D'ACCES CHARLESBOURG)	16 352 $
03-06045	MAISON DE LA FAMILLE DE CHARLEVOIX	2 044 $
03-01874	MAISON DE LA FAMILLE DVS (LA)	76 650 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLEANS (LA)	2 000 $
03-05186	PATRO ROC-AMADOUR (1978) INC. (LE)	12 000 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	187 456 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	4 000 $
03-06249	SERVICE FAMILIAL D'ACCOMPAGNEMENT SUPERVISE	4 088 $
	SOUS-TOTAL	**478 043 $**
Total autres sources de financement		**2 123 138 $**

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec